

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SISTEMA DE REFERÊNCIA E

CONTRA-REFERÊNCIA:

UMA FORMA DE ASSISTIR EM ENFERMAGEM

N.Cham. TCC UFSC ENF 0209

Autor: Genster, Giselle K

Título: Sistema de referência e contra-r



972519798 Ac. 241014

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

GISELLE KAROLINE GENSTER

NOEZI MARIA ESPÍNDOLA

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0209

Ex.1

FLORIANÓPOLIS, NOVENBRO, 1992.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SISTEMA DE REFERÊNCIA E
CONTRA-REFERÊNCIA:
UMA FORMA DE ASSISTIR EM ENFERMAGEM

ALUNAS: GISELLE KAROLINE GENSTER
NOEZI MARIA ESPÍNDOLA

SUPERVISORA: ELISABETA ROSELI ECKERT

ORIENTADORA: MARIA DO HORTO F. CARTANA

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1992

MENSAGEM:

CRIANÇA FLOR:

"Da face do pequeno ser
Transcende a polpa
Rosada, delicada
Da singela flor.
Em vez de pétalas, Braços.
Em vez de espinhos, Amor.
É a criança, doçura inocente
De quem nasceu da dor.
Em meio a terra fértil
Ou quem sabe, inerte!
Desabrocha para a Vida
E em meio à realidade e fantasia
Define a raiz da Flor."

MARTA BAUER

AGRADECEMOS:

-À Deus, que nos deu estímulo, sabedoria e com sua "Força" nos permitiu tornar tudo isto possível.

-Aos nossos Pais, por terem nos dado a vida, por seus ensinamentos e amor, e também por terem acreditado que um dia chegaríamos aqui.

-A Roseli, supervisora e companheira, pelos momentos de aprendizagem que favoreceram nosso crescimento pessoal e profissional.

-A Horto, nossa orientadora e amiga, pelas sugestões, contribuições, apoio e disponibilidade dispensados nesta caminhada. E, por ter antes de tudo acreditado e depositado confiança em nós.

-As Enfermeiras e Equipe de Enfermagem da Unidade Pediátrica do Hospital Universitário, por sua aceitação pelo nosso projeto, pelo apoio e por terem colaborado na seleção das famílias.

-Aos Enfermeiros dos Centros de Saúde II, por terem facilitado o agendamento das consultas, pelo apoio e incentivo dados.

-A Marta e Olga, enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde, que com suas sugestões favoreceram a nossa caminhada.

-À Bráulia, que devido a obstáculos que surgiram não pode concluir este trabalho conosco. Mas, valeu sua garra, e a contribuição que nos deu na elaboração deste.

-As nossas CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS, sem as quais não teria sido possível realizar este trabalho.

-Aos nossos noivos, André e Paulo, pelo apoio e incentivo que nos deram, e paciência dispensada quando em nossa caminhada desanimamos.

-A Marta Bauer, pela gentileza e emotividade com a qual compôs a nossa Mensagem.

-A todos os Amigos, que anonimamente, com suas palavras ou um incentivo nos fizeram continuar a nossa caminhada.

SUMÁRIO:

1-INTRODUÇÃO.....	07
2-REVISÃO DE LITERATURA.....	11
3-MARCO REFERENCIAL.....	17
4-PRESSUPOSTOS BÁSICOS.....	22
5-OBJETIVOS.....	23
6-METODOLOGIA.....	25
7-CRONOGRAMA.....	29
8-CONTEXTUALIZANDO A PRÁTICA.....	31
9-ANALISANDO A PRÁTICA.....	58
10-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
11-REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	67

ANEXOS

1-INTRODUÇÃO:

Diariamente, reinternam na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário (HU), crianças de famílias com desfavorável condição sócio-econômica-cultural, cujas principais doenças são: Desnutrição (DNT), Desidratação (DHE), Diarréia, Anemia e Infecção Respiratória Aguda (IRA) doenças estas que podem ser preveníveis a nível primário.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1990, intensifica-se a assistência a nível primário na grande Florianópolis. O SUS define que em todo território nacional seja aplicada a mesma doutrina e a mesma lógica organizativa, referindo-se ao mesmo tempo, as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

O SUS tem como princípios: "a universalidade", onde todos devem ser assistidos sem discriminação, "a equidade" onde todos devem ser assistidos igualmente, "a integralidade" onde o indivíduo é um todo indivisível, "a racionalidade" onde os serviços devem ser organizados de maneira que sejam oferecidos na medida da necessidade quantitativa e qualitativa da população, "a resolubi-

lidade" dando condições para resolver o problema apresentado, "a descentralização" onde há a redistribuição das responsabilidades sobre as ações e serviços de saúde entre vários níveis de governo, "a participação" que através de representantes, a população pode participar do processo das políticas de saúde e do controle de execução das mesmas e "a complementariedade do setor privado".

O SUS prevê uma hierarquização da assistência à saúde de forma crescente dos níveis de menor complexidade aos de maior complexidade denominado Referência. O sistema inverso remete o usuário de volta ao nível de menor complexidade com o objetivo de acompanhar o tratamento e prevenir recidivas denominado Contra-Referência. O sistema de referência está de certa forma viabilizado atualmente; a contra-referência, porém, é praticamente inexistente.

No decorrer do ano de 1992, a Secretaria Municipal de Saúde, através do SUS, está implantando em nove Centros de Saúde II (CSII) da grande Florianópolis, entre outros, o Programa de Assistência à Saúde da Criança".

Na grande Florianópolis os CSII que iniciaram esse programa são os seguintes: Costeira, Carianos, Centro, Saco Grande II, Saco dos Limões, Balneário, Capoeiras, Itacorubi e Lagoa da Conceição, tendo como diretrizes o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização e estímulo a amamentação.

Sabe-se que o Centro de Saúde é uma unidade considerada porta de entrada do Sistema de Saúde, ou seja, a ele a comunidade tem acesso direto. Para este ser considerado um CSII deve possuir as quatro especialidades médicas básicas: clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, como também oferecer serviços de odontologia, imunização, atendimento de enfermagem, consultas e

atendimento nos programas básicos de saúde, como a vigilância epidemiológica, materno infantil e a saúde da mulher.

Realizado um levantamento das internações dos últimos três meses na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário constatou-se que nas áreas onde está sendo implantado o Programa de Assistência à Saúde da Criança, teve em média duas internações de crianças destas comunidades ao mês, indicando talvez que a resoluibilidade da assistência está baixa.

Verificamos com isso a necessidade de detectar crianças em risco de saúde e suas famílias na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário e assisti-la no domicílio, visando a sua integração com o Centro de Saúde das localidades onde as mesmas residem. E, também, despertar o interesse do nível terciário de assistência pela contra referência, uma vez que identificou-se a não utilização do sistema de contra-referência para crianças egressas do Hospital Universitário e sua família.

Este trabalho visa resgatar em parte, a integração do Projeto de Assistência Domiciliar/Comunitária a Famílias de Crianças Hospitalizadas no Hospital Universitário após a Alta Hospitalar (PADFAM-CAH). Este é um sub-projeto, da Unidade Pediátrica do Hospital Universitário, a fim de dar continuidade a assistência das crianças em risco de saúde e suas famílias detectadas pela equipe multiprofissional que lá atua. Proporcionar novas experiências às acadêmicas da VIII fase, que por trabalhar com famílias no Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família (GAPEFAM), demonstrou interesse por este projeto. Também devido ao estágio curricular realizado na Unidade Pediátrica, o que motivou uma das acadêmicas a desenvolvê-lo, uma vez que percebeu durante o mesmo o acentuado número de reinternações.

A oitava fase do curso de graduação em enfermagem oferece a disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada, onde as acadêmicas através da elaboração e execução do projeto desenvolvido tem a possibilidade de assegurar a qualidade da assistência de enfermagem prestada a comunidade a nível domiciliar e primário de saúde. Este projeto foi desenvolvido por duas acadêmicas no eixo hospital, centro de saúde e domicílio, no período de 24 de agosto a 18 de dezembro do ano de 1992.

2-REVISÃO DE LITERATURA

O conceito de prevenção é aceito internacionalmente como o ideal a ser alcançado. Para alguns é uma utopia que reside apenas naquelas sociedades que já alcançaram um estágio de desenvolvimento satisfatório. Para outros, porém, prevenção é a parte integrante e indissociável de qualquer ação humana particularmente nas ações relativas ao cuidado com a saúde.

Frente a tendência crescente de adotar medidas caras, tecnologicamente avançadas e de alcance restrito que vemos atualmente na medicina (transplantes, inseminação artificial, tomografia computadorizada), a prevenção se apresenta com potencial de servir a um grande número de pessoas, por uma pequena fração de custo.

Falando sobre causas e prevenção da doença, Waechter & Blake (1979), comentam que, prevenção inclui muitos níveis, desde a prevenção específica, passando por diagnóstico precoce e tratamento imediato, para concluir também a promoção da saúde, visando manter ou melhorar o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos, famílias e comunidades.

Dessunti (1990), analisou os casos de sarampo na região de Londrina, Paraná, concluindo que o sarampo continua uma doença endêmica, com 11,9% de necessidade de internação hospitalar em crianças afetadas. Conclui ainda que com o custo de uma hospitalização num período de seis dias seria possível imunizar 3144 crianças na rede pública e 94 crianças na rede privada.

A prevenção está intimamente ligada à política de saúde do país. Ela está tradicionalmente atrelada às ações governamentais, já que a iniciativa privada pouco se interessa pela prevenção, por não ser uma atividade lucrativa. Em 1988, com a promulgação da constituição brasileira entra em vigor o Sistema Único de Saúde (SUS), modificando o quadro geral da organização de saúde em nosso país.

A lei número 8080 de 19 de setembro de 1990 regulamenta os princípios e diretrizes de ações do SUS a saber:

I-universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II-integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III-preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV-igualdade da assistência a saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V-direito a informação, as pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI-divulgação de informações quanto ao potencial de serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII-utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades e alocação de recursos e a orientação programática;

VIII-participação da comunidade;

IX-descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo:

a)ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b)regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X-integração, em nível executivo das ações de saúde, meio-ambiente e saneamento básico;

XI-conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência a saúde da população;

XII-capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, e

XIII-organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A fim de organizar os serviços de saúde o Instituto Nacional da Previdência e Assistência Social, em 1988, propôs o modelo com os serviços localizados dentro de Distritos Sanitários. O Distrito Sanitário é considerado como sendo uma base territorial definida geográfica e demograficamente dispondo de rede de serviço de saúde com perfil tecnológico adequado as características epidemiológicas daquela população. Dentro do Distrito Sanitário devem existir três níveis de assistência:

No primeiro nível seriam realizadas ações de cuidado individual e coletivo, em relação permanente com a população;

num segundo nível haveria prestação de apoio diagnóstico e terapêutico e

no terceiro nível prestaria atendimento em situações emergenciais e internações.

O modelo enfatiza a importância do primeiro nível como porta de entrada da população.

Ao compararmos as diretrizes acima descritas com a real situação da assistência a saúde no país, percebemos o quanto estão distantes uma da outra.

Aqui, é importante ainda considerar a situação de vida das famílias carentes nas grandes cidades do país. O intenso fluxo migratório da zona rural para a urbana está formando verdadeiros contingentes de miséria na periferia das cidades. Em Santa Catarina não tem sido diferente. Segundo dados do IBGE, o Censo de 1990 aponta altas taxas de crescimento nas cidades do litoral e um visível decréscimo nesta taxa na região serrana.

Ribeiro (1991), num trabalho onde fez uma reflexão sobre a assistência de saúde a famílias, caracteriza estas famílias da seguinte forma: Com trabalho esporádico do chefe da família, ausência de trabalho materno remunerado; transferência de responsabilidades; baixo nível de expectativa de saúde, de escolarização dos filhos, falta de amigos; condições precárias de moradia como, a falta de água no domicílio, falta de sanitário, camas insuficientes, uma ou reduzido número de peças no domicílio e a pouca iniciativa para pedir e/ou buscar ajuda, com suas condições de vida e domicílio.

Castanhel e Boeks (1992), num relato de experiência de cuidado a uma família migrante residente na periferia, mostra que a percepção de saúde e doença da família é fruto de sua origem ru-

ral, que a procura do serviço de saúde se faz como último recurso na emergência de um hospital.

Martins & Paskulin (1992), realizaram pesquisa num serviço de emergência infantil de um Hospital Universitário, investigando, entre outros aspectos, os motivos que levam as mães a procurar tal serviço. As autoras concluíram que 64% dos atendimentos prestados poderiam ter sido feitos pelo nível primário (primeiro nível). Analisando os motivos nesta distorção as autoras encontraram entre as razões apontadas mais frequentemente pelas mães, as seguintes:

sempre consulta na emergência aproximadamente 13%

problema de atendimento no posto aproximadamente 11%

prefere o atendimento aproximadamente 10%

é o local mais próximo aproximadamente 10% entre outras.

O trabalho destas autoras ilustra bem o quadro distorcido da assistência a saúde da criança prestada atualmente na maioria das cidades do país. Há pouca ênfase no aspecto preventivo, essencial particularmente nesta faixa etária, levando os pais a procurarem serviços mais complexos quando a situação se agrava.

Ainda Ribeiro (1991), aponta para as limitações nos serviços de saúde, analisando esta situação ela refere que existe uma inversão do objeto e objetivo dos que trabalham em serviços de saúde e assistenciais, que contemplam a instituição em vez do usuário/beneficiário. Aponta também que encontra nos serviços de saúde comunitários, o atendimento as intercorrências clínicas dos indivíduos ao invés de serem adotadas medidas de prevenção e promoção da saúde para a população.

Podemos nos questionar a respeito desta situação, podemos apontar as causas de sua ocorrência, indicando esta ou aquela co-

mo a mais importante. Entretanto, sabemos que ela é real. Podemos comprová-las em cada emergência infantil, em cada Centro de Saúde. Não podemos, entretanto, ficar inertes frente a ela. Talvez uma das respostas às necessidades de acompanhamento seja através do sistema de referência e contra-referência previsto como uma das estratégias de implantação do SUS. Através deste sistema, a assistência é hierarquizada no sentido de sua complexidade, de menor a maior, denominada referência, e de maior a menor, denominada contra-referência.

Através do sistema de contra-referência poderia haver acompanhamento pelo nível de menor complexidade (nível I de um Distrito Sanitário) proporcionando uma assistência preventiva eficaz. Este mecanismo, em nossa realidade local, estadual e mesmo brasileira é ineficaz e na maioria das vezes desconhecida.

Autores como Freitas, Scochi & Lima (1988), escrevem sobre crianças hospitalizadas, e não recomendam especificamente que as mães de crianças internadas, após a alta, procurem o serviço de saúde básico para prosseguir o acompanhamento de suas crianças. Esta lacuna da assistência é uma constante. Em todos os trabalhos a que tivemos acesso, na área da enfermagem, não aparece uma única vez o sistema de contra-referência como parte da assistência prestada a nível hospitalar.

Esta desarticulação entre os serviços precisa ser desfeita. É necessário criar uma ponte entre os níveis de assistência para que o pequeno paciente e sua família transitem livremente entre os vários níveis de assistência e alcance uma vida mais plena e saudável.

3-MARCO REFERENCIAL:

Este Marco Referencial foi desenvolvido a partir do Marco Conceitual do Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família (GAPEFAM), juntamente com as crenças e valores das acadêmicas de VIII fase.

Os conceitos retirados do Marco Conceitual do GAPEFAM são os seguintes:

1) "FAMÍLIA: Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com uma estrutura e organização para atingir objetivos comuns, construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consanguíneos, de adoção, interesse e/ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciadas por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos, e responsabilidades, vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e famílias, e em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros."

2) "AMBIENTE: é o meio físico, sócio-cultural, econômico e político com o qual a família interage."

3) "PROCESSO DE COMPETÊNCIA: é aquele em que a família identifica sua situação de vida, reflete sobre seus direitos e responsabilidades, define metas, busca soluções, mobiliza recursos individuais e coletivos, avalia resultados, alcança soluções (metas) para se manter/tornar-se uma família saudável."

4) "FAMÍLIA SAUDÁVEL: é uma unidade que se auto estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização flexível para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, a saúde e bem estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho. Tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas; compartilha crenças, valores e conhecimentos; aceita a individualidade de seus membros; possui capacidade de conhecer e usufruir de seus direitos; enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e as pessoas significativas. A família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. Desenvolve-se com a experiência, construindo sua história de vida."

5) "ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: Consiste no desenvolvimento de reflexões, decisões e atividades específicas com a família, onde a enfermagem através dos componentes do cuidar *, busca favorecer o processo de competência da família para tornar/mantê-la saudável."

* Componentes do cuidar: São componentes do cuidado segundo Leininger, adaptado por Patrício (1990): confortar; comprometer-se; prevenir; contornar; agir para; adotar atitude com respeito à; ter sensibilidade; ter consideração; trocar idéias; coordenar para; enfrentar com; facilitar; ser generoso para; alertar para; esclarecer; informar; orientar; reforçar; demonstrar interesse; empenhar-se; fazer favor, gentilezas; ouvir atentamente; amar, valorizar; estar presente; proteger; estar aberto à outra pessoa; dispensar atenção; respeitar; aceitar; lutar com; estimular; desafiar; socorrer; amparar; supervisionar; executar ações técnicas/físicas; compreender; trocar experiências; calar; meditar com; limitar; aliviar a dor; fazer por; dedicar-se; promover conhecimentos; vigiar; dialogar; demonstrar estar dando importância; preservar integridade e individualidade do outro; demonstrar sentimentos de ternura (tocar, acariciar, abraçar); executar medidas de prevenção de doença e de promoção à saúde, incluindo cuidados de promoção de afetividade entre seus membros; tratar, reabilitar problemas físicos; respeitar características individuais (potencialidades e limitações, valores, crenças e objetivos), demonstrar confiança e desenvolver a auto-confiança, esperança e coragem nos demais; dar presentes; auxiliar na busca de recursos e a identificar e lutar pelos seus direitos; ajudar as pessoas a usarem sua liberdade e a aceitarem responsabilidades pela própria existência; auxiliar as pessoas a identificarem e utilizarem seus recursos individuais, familiares e comunitários.

Decorrente da utilização da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, na prática assistencial nas fases anteriores, os conceitos abaixo apresentados foram elaborados pelas acadêmicas a partir de suas crenças e valores, sendo que muitos deles estão baseados na teoria acima citada:

6) CRIANÇA: É um ser-humano, entre 0 a 14 anos, que convive em uma família, e cujas ações são de responsabilidade dos pais ou pessoas que com ela interajam em seu meio.

7) CRIANÇA EM RISCO DE SAÚDE: Considerar-se-á neste trabalho, criança em risco de saúde aquela que devido a sua desfavorável condição sócio-econômica cultural, recorre a uma instituição de nível terciário de saúde, quando a mesma encontra-se em estado de saúde deficitário, a fim de obter uma solução para o caso. Porém ao regressar para o domicílio está propensa novamente a apresentar o quadro inicial, já que muitas vezes a causa permanece e não procura as instituições primárias de saúde próximas de seu domicílio para prevenção.

8) SAÚDE: É uma condição na qual o ser-humano, possui equilíbrio bio-psico-espiritual mantendo harmonicamente suas relações afetivas, políticas e sociais provenientes do ambiente em que interage.

9) SAÚDE DA CRIANÇA: É uma condição em que a criança mantém harmonia em suas relações afetivas, políticas e sociais, apresentando equilíbrio bio-psico-espiritual, interagindo com o ambiente em que vive.

10) **DOENÇA:** é uma situação em que o ser-humano apresenta desequilíbrio para atender suas necessidades bio-psico-espirituais, interagindo no ambiente que vive.

11) **DOENÇA DA CRIANÇA:** é uma situação que leva a criança a um desequilíbrio tanto na sua condição bio-psico-espiritual, como também nas relações sociais e afetivas a que esteja ligado.

12) **SER-HUMANO (1):** "é um ser único, reflexivo, criativo com características próprias conferidas por sua consanguinidade familiar e com o que desenvolve durante seu processo de viver. Interage com outros seres unidos a eles por laços de consanguinidade, de adoção, de interesse e/ou afetividade constituindo uma família. É um ser social que interage com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação e em condições de lazer ou trabalho, afetividade ou interesse. Apreende de sua família e do ambiente em que vive, crenças, valores e conhecimentos, adquirindo outros, compartilhando-os e criando novos, desenvolvendo-se em seu processo de viver e constituindo sua história de vida bem como a de sua família. Tem liberdade de expor dúvidas e sentimentos, enfrenta crises, conflitos e contradições pedindo apoio a sua família e a outras pessoas, assim como dá apoio ao ser solicitado. Respeita a individualidade das outras pessoas. Ao interagir dinamicamente com seu ambiente transforma e é transformado promovendo e provendo meios para o desenvolvimento contínuo de seu processo de viver, assim como o de sua família".

(1) Este conceito foi desenvolvido na dissertação de Mestrado em Enfermagem, "Repensando o pensar: Análise crítica de um referencial teórico de enfermagem para família" por Cláudia M. M. Penna.

4-PRESSUPOSTOS BÁSICOS

As reinternações de crianças em risco de saúde podem ser evitadas com o sistema de referência e contra-referência.

A prevenção da problemática de saúde (DNT, DHE, IRA, Anemia e Diarréia) pode ocorrer, com a integração da criança em risco de saúde e sua família com o Centro de Saúde da Comunidade.

O maior conhecimento da família pelos serviços oferecidos pelo Centro de Saúde pode contribuir para o menor número de reinternações de crianças em risco de saúde.

5-OBJETIVOS

Geral- Prestar assistência de enfermagem à criança em risco de saúde e sua família, clientes da Unidade Pediátrica do Hospital Universitário com problemáticas significativas de saúde determinadas por fatores sócio-econômico-culturais, no eixo hospital, centro de saúde e domicílio, viabilizando o sistema de referência e contra-referência.

Específicos- 1) Detectar crianças em risco de saúde na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário (HU) e sua família, prestando assistência de enfermagem enquanto hospitalizada;

2) Atuar preventivamente na reincidência de problemas de saúde de crianças egressas da Unidade Pediátrica do HU e sua família através de ações de assistência de enfermagem no eixo hospital, centro de saúde e domicílio;

3) Aprimorar conhecimentos teórico-práticos através da elaboração do Plano de Alta da Criança e Situação de Saúde da Criança;

4) Integrar as crianças egressas da Unidade Pediátrica do HU e sua família, com o Centro de Saúde próximo de seu domicílio;

5) Despertar o interesse e favorecer a continuidade da integração das enfermeiras da Unidade Pediátrica do HU com o sistema de contra-referência nos 09 Centros de Saúde II.

6-METODOLOGIA

CONHECENDO A FAMÍLIA

A assistência de enfermagem, de acordo com o projeto, foi planejada para ser realizada com crianças internadas na unidade pediátrica do HU que apresentassem patologias tais como: DNT, DHE, Diarréia, IRA, Anemia, assim como sua família. A identificação foi realizada pelas acadêmicas de VIII fase através de contatos com a família das crianças internadas e com a equipe multiprofissional que lá atua.

Foi selecionada uma família dos bairros Lagoa da Conceição, Balneário, Itacorubi, Saco Grande II, Saco dos Limões, Capoeiras, Carianos e Costeira, nos quais existem Centros de Saúde II com a presença de enfermeiros e onde está implantado o Programa de Assistência a Saúde da Criança.

Pretendia-se com isso, que a família conhecesse o Centro de Saúde de sua comunidade e a equipe de enfermagem que lá atua, e que ela tivesse o Centro de Saúde como referência.

ATUANDO COM A CRIANÇA E A FAMÍLIA

Na Unidade Pediátrica do HU, durante a internação das crianças em risco de saúde, foram efetuados procedimentos e técnicas de enfermagem, para adquirir junto a criança e sua família a confiança, a amizade e também sua permissão para que após a alta fossem feitas visitas domiciliares. Proporcionando, continuidade a assistência e também integrando-a com o Centro de Saúde próximo de seu domicílio.

Durante a internação foi feita a evolução diária da criança, em seu prontuário, seguindo a metodologia utilizada no HU. Esta metodologia é baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas e no Sistema Weed. Foi utilizado o "Prontuário Família" (Anexo 1), que serviu para coletar dados e identificar a mesma. Foi realizada uma entrevista com as famílias no HU para efetuar levantamento de dados sobre a identificação e constituição familiar, localização na comunidade, características da habitação, nutrição, dados específicos a respeito da criança, de saúde e doença e serviços de assistência à saúde conhecidos.

Com a previsão da alta hospitalar da criança foi elaborado seu "Plano de Alta" (Anexo 2), onde foram dadas orientações sobre a doença, o modo de prevenção, e sobre o esquema de vacinação da criança.

Na primeira visita, pretendia-se conhecer a comunidade, identificando o nível-sócio-econômico e as instituições de saúde e educacionais próximas. Realizadas as visitas domiciliares onde se priorizava a assistência de saúde a criança, foi feito o relato das mesmas, e após uma reflexão sobre a situação encontrada e a assistência efetuada.

Feito um mês da alta hospitalar, foi realizada a primeira consulta da criança no Centro de Saúde. Com a abertura do prontuário, os dados de interesse da situação anterior a alta, situação na alta e situação de saúde atual que constitui a "Situação de Saúde da Criança" (Anexo 3) foram fornecidos pelas acadêmicas através da família.

Inicialmente esperava-se encontrar uma criança das comunidades que tivesse o Programa de Assistência a Saúde da Criança implantado, como também realizar duas visitas domiciliares para cada família.

Para que as enfermeiras da Unidade Pediátrica do HU tivessem conhecimento de quais os Centros de Saúde que podem assistir as crianças após a alta e manter contato com os mesmos, foi elaborada uma relação com o nome dos enfermeiros, telefone e endereço dos Centros de Saúde.

DESCREVENDO A REALIDADE

As entrevistas realizadas e os procedimentos executados com a criança e a família foram registrados em Fichas contendo Relato Diário das acadêmicas (Anexo 4). Esta ficha consta de data, nome da acadêmica responsável pelo atendimento, local de estágio e atividade desenvolvida.

Os dados de identificação e constituição da família constam no "Prontuário Família". Instrumento este que foi adaptado do modelo utilizado pelo GAPEFAM; do instrumento usado para identificar os recursos de saúde que a família conhece e utiliza do projeto intitulado "A família buscando saúde: um estudo com famílias sobre conhecimento e utilização dos recursos existentes em sua

comunidade"; e do roteiro para subsidiar a elaboração do processo de enfermagem com paciente pediátrico no hospital.

O "Plano de Alta" da criança foi elaborado por escrito e incluiu informações básicas a respeito da doença, o tratamento e modo de prevenção, e esquema de vacinação da criança.

A "Situação de Saúde da Criança" foi elaborada pelas acadêmicas e entregue pela família ao Centro de Saúde. Sendo que esta consta de dados referentes ao período equivalente entre a internação e a alta, mais dados que promovam a visualização da família na comunidade.

O "Planejamento da Visita Domiciliar" (Anexo 5) foi feito anteriormente à execução da mesma, o qual está composto de objetivo da visita, prioridades para as acadêmicas na visita e prioridades ditadas pela família. O relatório desta visita está presente nas Fichas de Relato Diário das atividades das acadêmicas, incluindo a situação encontrada, a assistência realizada e a reflexão das acadêmicas sobre esta situação.

Em todas as informações obtidas junto à família foi preservado o linguajar e expressões características da mesma, evitando dessa forma interpretações errôneas.

7-CRONOGRAMA

7.1-Atividades realizadas:

2	3	4	5	6
14/09 APRESENTAÇÃO PROJETOS	15/09 APRESENTAÇÃO PROJETOS	16/09 M- UP G, N	17/09 M- UP G, N	18/09 M- UP G, N
21/09 M- UP G, N	22/09 M- UP G, N	23/09 M- UP G, N	24/09 V- REUNIÃO G, N	25/09 M- UP G, N
28/09 V- VD G, N	29/09 M- VD G, N	30/09 M- VD G, N	01/10 V- VD, UP G, N	02/10 M- REUNIÃO G, N
05/10 M- CONTEXTO G, N	06/10 M- CONTEXTO G, N	07/10 M- UP G V- CS N	08/10 M- UP G, N	09/10 M- UP G, N
12/10 FERIADO	13/10 M- CS G, N	14/10 M- CS G, N V- VD G, N	15/10 V- VD G, N	16/10 M- UP G, N
19/10 M- VD, UP, BU PMF G, N	20/10 M- VD G, N	21/10 M- VD G, N	22/10 M- UP G, N	23/10 FOLGA

26/10	27/10	28/10	29/10	30/10
V- VD G, N	M- CONTEXTO G, N	M- CONTEXTO G, N	M- VD, APAE REUNIÃO G	M- VD, ECEnfP G, N
02/11	03/11	04/11	05/11	06/11
FERIADO	M- VD, ECEnfP G, N	M- VD, VD, CS G, N	V- VD, VD G, N	M- VD, BU G, N
09/11	10/11	11/11	12/11	13/11
V- REUNIÃO, VD G, N	M- VD, BU G, N	M- VD, HIJG, PALESTRA G, N	M- VD, BU G, N	M- VD, BU G, N
16/11	17/11	18/11	19/11	20/11
V- VD, ACOMP. CS G, N	M- UP G, N	REUNIÃO, RE- LATÓRIO G, N	RELATÓRIO	RELATÓRIO

7.2-Outras atividades realizadas:

DOM.	2	SAB.	4	5
20/09	05/10	17/10	28/10	12/11
V- UP G, N	V- VD G, N	M- REUNIÃO, VD G, N	V- VD G, N	Nt- PALES- TRA CEBEM G

LEGENDA:	
UP-	UNIDADE PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CS-	CENTROS DE SAÚDE II
VD-	VISITA DOMICILIAR
BU-	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
M-	MATUTINO
V-	VESPERTINO
Nt-	NOTURNO
G-	GISELLE
N-	NOEZI

8-CONTEXTUALIZANDO A PRÁTICA

Será apresentado agora um relato da nossa prática assistencial. Inicialmente relataremos nossa atuação na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário em ordem cronológica, visando facilitar a compreensão de nossa assistência. Embora tendo de ressaltar que muitas atividades ocorreram concomitantemente a outras. Incluiremos neste relato, não só a assistência prestada, como também as expectativas e dúvidas que surgiam durante o período, por entendermos que estas no futuro poderão ajudar nossos colegas em suas experiências.

Atividades ocasionais realizadas, como visitas a outras instituições, palestras e participação no VIII Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica, também serão descritos.

A seguir relataremos a assistência prestada a cada criança e sua família em cada etapa do acompanhamento. Optamos por apresentar desta forma, a fim de favorecer uma visão geral da situação, bem como os resultados alcançados. Para proteger o anonimato e fazendo menção à sua fragilidade e beleza, os nomes das crianças serão substituídos por nomes de flores. Os outros nomes que

aparecem são pseudônimos usados para garantir o anonimato das famílias.

8.1-Atuando com a criança e a família no hospital:

Primeiramente, julgamos necessário um período de adaptação na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário, no qual iniciamos a seleção de algumas das oito crianças em risco de saúde e sua família que participavam do estudo. Este período foi de 16 a 25 de setembro, sendo que no dia 24 de setembro tivemos a primeira reunião com a orientadora, onde discutimos sobre as atividades já desenvolvidas e apresentamos a ela os Planos de Alta elaborados.

DIA 16/09 - Este foi nosso primeiro dia de estágio. Iniciamos nossas atividades na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário, estávamos ansiosas e preocupadas se alcançaríamos os objetivos propostos.

Neste dia fomos apresentadas à equipe de enfermagem, onde explicamos os nossos objetivos. Já tínhamos elaborado a lista composta pelos Centros de Saúde II, seus enfermeiros, endereço e telefone (Anexo 6), a qual colocamos no Mural da Unidade tentando despertar desta forma o interesse das enfermeiras do Hospital Universitário pelo Sistema de Contra-Referência.

Participamos de uma reunião com as mães, e nesta tivemos oportunidade de expor a nossa proposta de assistência. Fizemos através do censo diário e dos prontuários o levantamento das crianças hospitalizadas, selecionando crianças das áreas onde está implantado o Programa de Assistência a Saúde da Criança.

Visando diminuir a reincidência de doenças preveníveis a nível primário, elaboramos o Plano de Alta sobre anemia ferropri-
va, já que tínhamos como objetivo, entregá-los a família de
crianças em risco de saúde, em sua alta hospitalar.

Iniciamos contato com a mãe de Copo de leite reforçando o
que havíamos explicado na reunião, e a importância da assistência
primária para a criança. Dissemos que Copo de leite havia sido
escolhido por nós, mas só daríamos continuidade a assistência com
sua permissão. Sua mãe concordou, e saímos da Unidade Pediátrica
no final da manhã felizes por termos superado nossas expectativas
para este dia.

DIA 17/09 - Como a Unidade Pediátrica estava com quase to-
dos os seus leitos ocupados, através da seleção das crianças,
feita no dia anterior, prestamos cuidados de enfermagem a Antú-
rio. Nesta manhã entramos em contato com a mãe de Antúrio pelo
telefone, e com esta marcamos um encontro para o próximo domingo
dia 20/09. Com a mãe de Copo de leite coletamos dados sobre a fa-
mília. Violeta estava em companhia de seus pais, e assim fomos
conversar com estes para saber se concordavam em receber a nossa
assistência. Continuamos elaborando os Planos de Alta sobre bron-
quite e amigdalite.

DIA 18/09 - Violeta recebeu alta hospitalar, conversamos
com seus pais com o objetivo de coletar dados sobre a família e
avisá-los que em breve faríamos visita em seu domicílio. Agenda-
mos a consulta de Violeta para 15/10 no CS II Balneário já comu-
nicando à família.

Recebemos de nossa supervisora, orientação e sugestões referentes
aos Planos de Alta até então elaborados.

Cravo também havia recebido alta hospitalar e estava sem a companhia dos pais. Com a alta hospitalar confirmada tentamos contactar com seus familiares através do telefone que haviam deixado em seu prontuário. Como não obtivemos sucesso encaminhamos o caso para a assistente social. Com as altas hospitalares ocorridas e por estar próximo ao fim-de-semana, coletamos dos prontuários de Violeta, Copo de leite e Cravo, dados de interesse para elaborarmos a Situação de Saúde que deixaríamos nos CS II.

Por estarmos na Unidade Pediátrica, sempre prestávamos cuidados de enfermagem as crianças selecionadas e que estavam sem a companhia dos pais. Os pais que acompanhavam seus filhos recebiam orientações e esclarecimentos sobre os cuidados com a criança e a patologia apresentada.

Hoje 20/09, amanheceu um belo domingo de sol e por termos combinado com a mãe de Antúrio um encontro, lá estávamos nós; a tarde foi passando e a mãe de Antúrio não veio. Ficamos decepcionadas e com um novo telefonema dado neste dia a mãe de Antúrio disse-nos que não veio visitá-lo por que estava doente. Mesmo assim não perdemos a tarde, pois a mãe de Girassol foi visitá-lo, e com ela conversamos, pedindo a sua permissão para nossa assistência e coletamos dados sobre a família. Elaboramos nesta tarde os Planos de Alta sobre desnutrição e pneumonia.

DIA 22/09 - Tínhamos como objetivo entregar nos Centros de Saúde II a Situação de Saúde da Criança, para isso, novamente com o auxílio dos prontuários de Antúrio e Girassol retiramos dados que serviram de subsídio para este. Pelo nosso cronograma iniciariamos as evoluções de enfermagem, mas neste dia não foi possível fazê-las, uma vez que, a enfermeira do noturno já as havia efetuado, embora tivéssemos comunicado a ela. Elaboramos tam-

bém os últimos Planos de Alta sobre desidratação e resfriado.

DIA 23/09 - Iniciamos o relato sobre a Situação de Saúde de Violeta, Girassol e Copo de leite com os dados colhidos anteriormente. Novamente não tivemos oportunidade de fazer as evoluções de enfermagem, pois, estas já haviam sido realizadas pela enfermeira.

DIA 25/09 - Finalmente conseguimos fazer a evolução de enfermagem de Antúrio. Assim depois de alguns obstáculos, ficamos satisfeitas em ter alcançado este objetivo.

Tínhamos previsto para a próxima semana iniciar com as visitas domiciliares para as crianças com alta hospitalar, assim fizemos o planejamento da visita que faríamos para Cravo e sua família.

Como durante o período que ficamos na Unidade Pediátrica, estávamos ainda elaborando os Planos de Alta, estes foram entregues a família das crianças em nossa primeira visita domiciliar. Salientamos também, que estes foram submetidos a apreciação das enfermeiras assistenciais da Unidade Pediátrica porém, foram remetidos a nós sem alterações.

No dia 07/10, Giselle retornou para a Unidade Pediátrica do Hospital Universitário, onde realizou um novo levantamento das crianças hospitalizadas, e fez o primeiro contato com a mãe de Amor Perfeito. A mãe de Amor-Perfeito concordou com a nossa assistência e forneceu dados sobre a família.

Foi possível realizar a evolução de enfermagem de Antúrio neste dia.

Em companhia de nossa orientadora, Noezi foi visitar os Centros de Saúde da Costeira do Pirajubaé, Capoeiras e Lagoa da Conceição. Nesta visita apresentou o projeto e coletou dados que

caracterizam estes Centros de Saúde II. (Anexo 7)

DIA 08 e 09/10 - Estávamos novamente na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário. Além de prestarmos cuidados de enfermagem as crianças, fizemos a evolução de enfermagem de Antúrio e Amor-Perfeito.

Azaléia foi uma nova criança que selecionamos, e ela estava em companhia de sua mãe. Assim aproveitamos para conversar com sua mãe e coletamos dados sobre a família. Azaléia e Amor-Perfeito tinham previsão de alta hospitalar para breve, assim através de seus prontuários foram coletados dados para elaboração de suas Situações de Saúde.

Em 16/10 ao retornamos para a Unidade Pediátrica do Hospital Universitário, Jasmim havia recém internado. Depois de concluirmos que não conseguiríamos crianças provenientes da comunidade do Saco Grande II, Lagoa da Conceição e Saco dos Limões, resolvemos selecionar Jasmim para receber a nossa assistência já que este reside próximo ao Centro de Saúde II Balneário.

Acreditamos que crianças das comunidades do Saco Grande II e da Lagoa da Conceição, procuram assistência hospitalar, provavelmente no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), uma vez que é necessário apenas utilizar um só ônibus. E, para se deslocar até o Hospital Universitário é preciso utilizar pelo menos dois ônibus. Já crianças provenientes da comunidade do Saco dos Limões não internaram durante este período.

DIA 22/10 - Ao retornamos para a Unidade Pediátrica do Hospital Universitário levamos um cartaz que havíamos confeccionado. Este continha informações das crianças por nós assistidas e o intitulamos da seguinte forma: "Como estão nossas crianças em casa?" Esta também foi uma estratégia usada para tentar fazer com que as

enfermeiras da Unidade Pediátrica do Hospital Universitário dessem continuidade a nossa proposta de assistência.

DIA 17/11 - Este foi nosso último dia de estágio. Realizamos uma reunião com as enfermeiras da Unidade Pediátrica, onde apresentamos os objetivos alcançados, e fizemos sugestões para que dessem continuidade a assistência por nós iniciada.

Neste dia retiramos o cartaz anterior, e lá fixamos novamente um novo cartaz, o qual continha "O dia-a-dia de nossas crianças". Ficamos felizes em saber que vários integrantes da equipe de enfermagem tinham conhecimento do conteúdo de nossos cartazes.

A idéia de colocarmos estes cartazes na Unidade Pediátrica, surgiu por ser esta uma estratégia que quase sempre desperta a atenção das pessoas, principalmente quando o assunto é de interesse. Nos cartazes relatávamos o dia-a-dia das crianças fora do hospital e a procura por sua família da assistência nos Centros de Saúde II de sua comunidade.

8.2-Divulgando a prática assistencial:

DIA 13 e 14/10 - Visitamos os Centros de Saúde II do Itacorubi, Saco Grande II, Balneário, Saco dos Limões, Carianos e o Centro.

A visita aos Centros de Saúde II, tinha como objetivo levar ao conhecimento da equipe que lá atua o nosso projeto, coletar dados para sua caracterização (Anexo 7), e também facilitar a viabilização da Contra-Referência pelas enfermeiras da Unidade Pediátrica.

As tabelas utilizadas para a caracterização dos Centros de Saúde II, foram reproduzidas a partir do modelo elaborado pelo projeto: "A família buscando saúde: um estudo com famílias sobre conhecimento e utilização dos recursos existentes em sua comunidade".

Um grupo de acadêmicas que desenvolveu seu trabalho de conclusão de curso em um Centro de Saúde II na comunidade do Itacorubi, trabalhou com a proposta de educação em saúde. Por esta razão convidou-nos para realizarmos uma palestra que tratasse sobre Diarréia e Desidratação na sala de espera deste CS II para as mães que aguardavam a consulta médica. Esta foi realizada em 11/11, e foi um sucesso!

Entregamos para as mães que estavam presentes folhetos que orientavam sobre o tema desenvolvido.

Após a palestra, fomos conhecer a creche desta comunidade deixando um de nossos folhetos lá. As professoras da creche não puderam participar de nossa palestra pois no período que foi realizada estavam em sala de aula.

Como esta palestra obteve bons resultados, novamente fomos convidadas por estas acadêmicas para desenvolver no Centro do Bem-Estar do Menor (CEBEM), no dia 12/11 nova palestra.

Neste encontro as mães e as professoras estavam presentes. Ficamos novamente responsáveis em falar sobre a Diarréia e a Desidratação.

De 23 a 25/11 participamos do VIII Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica, onde também na sessão de temas livres apresentamos como relato de experiência a prática assistencial efetuada a uma das famílias por nós assistida.

8.3-Apresentado as famílias:

Será apresentada agora uma breve descrição das famílias por nós assistidas. Inicialmente faremos o relato sucinto das oito famílias, sendo que, na última família serão apresentados os dados levantados durante nossa atuação, através do Prontuário Família e das visitas domiciliares realizadas. Relataremos também os cuidados efetuados junto a esta família.

FAMÍLIA 1

Cravo, 3 anos e 3 meses, masculino, brasileiro, natural de Curitiba e procedente da Comunidade Chico Mendes, segundo filho de L.R.O. e H.M.J.. Criança que internou em 05/09 com história de diarreia, desnutrição, desidratação leve e escabiose. Durante o período que ficou hospitalizado Cravo estava sem a companhia de seus pais.

Atuamos com a criança administrando sua medicação e estimulando seu desenvolvimento neuro-psico-motor com diálogos e brincadeiras próprias para sua idade.

Cravo enquanto estava hospitalizado era uma criança bastante alegre, ativa, sorridente e vinha ao nosso encontro nos chamando de "TIA". Com a alta hospitalar ocorrida em 21/09, iniciamos com visita domiciliar em 28/09.

Cravo e sua família residem na Comunidade Chico Mendes. Esta comunidade localiza-se próximo ao Shopping Center Itaguacu, ao Conjunto Habitacional Panorama e fica próxima a Via Expressa. As instituições de saúde próximas são o Hospital Florianópolis, o Hospital Regional de São José, o CS I Monte Cristo, o Sapé e o Lar Fabiano de Cristo. No que se refere as instituições educacionais a comunidade utiliza a Escola América Dutra Machado, a Creche Pró-Morar e a Creche do Sapé.

Cravo é o segundo filho, de uma família composta por quatro irmãos e seus pais. Reside em uma casa de apenas um cômodo, de madeira, sem água e com extensão do vizinho para ter energia elétrica. A casa não tem banheiro, fazem suas necessidades fisiológicas na rua, e para sua higiene pessoal utilizam o banheiro existente na casa de sua avó, ou então as crianças tomam banho em

uma banheira. O esgoto sanitário corre a céu aberto por uma vala, há lixo espalhado por todo o terreno e a parte interna de seu domicílio é bastante suja.

Foram realizadas três visitas domiciliares. Na primeira visita queríamos conhecer a família, uma vez que, não tivemos contato com eles durante a hospitalização de Cravo. Nesta visita além de conhecê-los, entregamos os Planos de Alta da criança, levamos ao conhecimento da família a nossa assistência e estimulamos para que utilizassem o CS II Capoeiras.

A mãe de Cravo estava amamentando Luís de três meses, assim aproveitamos para orientá-la sobre a importância da amamentação para a criança.

Em decorrência da campanha de vacinação ocorrida em 17/10, e por estar envolvido na supervisão de área desta, o enfermeiro do CS II Capoeiras, encontrou certa dificuldade para agendar a consulta de Cravo.

Tínhamos planejado realizar a segunda visita domiciliar em 26/10, mas como em 21/10 encontramos a mãe de Cravo na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário com Luís, fizemos um novo planejamento.

Luís internou em 21/10 com diagnóstico de bronquiolite, síndrome diarréica aguda, anemia e escabiose. Conversando com a mãe, ela nos trouxe ao conhecimento que Douglas estava internado no Hospital Infantil Joana de Gusmão com diagnóstico de broncopneumonia e derrame pleural à esquerda. Em 11/11 fomos até o Hospital Infantil Joana de Gusmão, visitar Luís e Douglas, hospitalizados nas Unidades C e E respectivamente, como também verificar se a mãe estava acompanhando-os. A equipe que lá atua, informou-nos que a mãe visita-os esporadicamente.

Tínhamos como objetivo levá-los a utilizar a assistência primária oferecida pelo Centro de Saúde de sua comunidade. Assim decidimos realizar nova visita domiciliar em 12/11. Chegando lá Cravo estava indiferente com a nossa presença, sujo, semi-nu e com lesões escabiosóticas infectadas pelo corpo. Nesta visita a família já havia comprado nova casa, porém esta localiza-se mais distante da Via Expressa.

Informamos a família da situação de saúde que encontravam-se Luís e Douglas, seus filhos hospitalizados, enfatizando a importância de utilizarem o Centro de saúde da comunidade para a assistência primária após a alta hospitalar.

Conseguimos agendar uma consulta médica no Centro de Saúde II Capoeiras com o auxílio do enfermeiro para Cravo no dia 16/11.

Realizada a última visita domiciliar em 16/11 alcançamos nossos objetivos, pois integramos a família de Cravo com o CS II Capoeiras. No CS II Capoeiras Cravo, Fabiana e sua mãe realizaram consulta médica. Destas consultas obtivemos como resultado um acompanhamento de saúde para Cravo, Fabiana e sua mãe. Foram também solicitados exames e fornecido para a família medicação prescrita. Junto a esta família, conseguimos também integrar a assistência primária de saúde oferecida pelo Centro de Saúde a família de sua prima.

FAMÍLIA 2

Girassol, 10 meses, masculino, brasileiro, natural de Florianópolis e procedente da Comunidade do Morro da Caixa, segundo filho de S.M.S. e A.G.. Criança internou na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário em 24/08 desnutrido (de II para III grau), anêmico, com nanismo e com broncopneumonia. Permaneceu 30 dias recebendo assistência hospitalar, sendo que sua mãe o visitava em seus dias de folga e aos finais de semana. Teve como intercorrência quando hospitalizado varicela, fazendo com que ficasse em isolamento.

A nossa assistência teve início com a prestação de cuidados de enfermagem a nível hospitalar, já que Girassol ficava sem acompanhante.

Girassol reside na Comunidade do Morro da Caixa, em uma casa de um cômodo que fica aos fundos de uma outra moradia. Sua casa além de ser bastante estreita é dividida por uma cortina com a casa vizinha.

Nesta comunidade há o Centro de Saúde I Morro da Caixa, e uma creche mantida pela Prefeitura Municipal. Por ser este um CS de nível I, a comunidade do Morro da Caixa tem como referência o CS II Centro para uma assistência mais especializada.

Girassol é o segundo filho de uma família composta por dois irmãos e seus pais. Recebeu alta hospitalar em 22/09, o que levou-nos a visitá-lo na semana seguinte (29/09).

Em nossa primeira visita a casa de Girassol, sua mãe informou-nos que o levaria para consulta ambulatorial no Hospital Universitário em 07/10. Comunicou-nos também que após a consulta ambulatorial pretendia deixar que Girassol fosse para Caçador, e lá

ficasse recebendo os cuidados de sua avó.

Saímos desta visita perplexas com a naturalidade que a mãe de Girassol comentou que deixaria seu filho aos cuidados de outra pessoa, mesmo esta pessoa sendo sua avó.

Em 15/10 realizamos nova visita a Girassol. Nesta visita a mãe de Girassol informou-nos que este havia embarcado para Caçador na noite passada. Indagamos com relação ao retorno de Girassol, e sua mãe enfatizou que pretende ter seu filho em casa novamente quando este estiver com dois anos.

Com esta criança e sua família não conseguimos viabilizar o sistema de contra-referência, uma vez que, em pouco tempo houve uma grande transformação nesta família.

Salientamos porém, que desde o primeiro momento que a mãe de Girassol demonstrou interesse em deixá-lo sob responsabilidade de sua avó, a orientamos para que se conscientizasse da importância da assistência primária de saúde e a transmitisse a sua avó.

FAMÍLIA 3

Copo de leite, 2 anos e 10 meses, masculino, brasileiro, natural de Florianópolis e procedente da comunidade da Tapera, é o primeiro filho de J.D. e R.Z.I.. Sua primeira internação hospitalar ocorreu em 14/09, tendo como diagnóstico pneumonia bilateral e derrame pleural à esquerda. Ficou hospitalizado até 20/09 e neste período esteve em companhia de sua mãe.

Nossa assistência junto a criança iniciou com a administração de medicamentos e orientações a respeito de sua patologia a seus familiares .

Em 30/09 fomos até a Tapera com o objetivo de realizar nossa primeira visita domiciliar para Copo de leite. Nesta visita sua mãe informou-nos que a criança não tem horário fixo para sua alimentação e repouso, e desde a alta hospitalar Copo de leite não havia retornado a creche, onde permanecia por meio período. Sua mãe demonstrou interesse em não levá-lo mais, pois, relaciona o agravamento de sua patologia com as condições da creche. Ao entregarmos para mãe de Copo de leite seu Plano de Alta, esta ficou bastante satisfeita, por ter, por escrito dados que a orientasse sobre a patologia de seu filho.

A comunidade da Tapera fica muito distante do Centro da cidade, e para chegar até lá utilizando ônibus, são dispensados 45 minutos. Esta comunidade possui como instituições de saúde e educacionais próximas, o CS I Tapera, uma escola pública e uma creche particular, sendo esta que Copo de leite frequentava. Para uma assistência de saúde mais especializada recorrem ao CS II Carianos e ao CS II Ribeirão da Ilha.

A casa de Copo de leite é de alvenaria, sem pintura, e tem cinco cômodos. A família utiliza para sua locomoção o ônibus e um carro que parece ser próprio.

Na segunda visita realizada em 19/10 Copo de leite estava apenas em companhia de seu pai, pois sua mãe estava em uma viagem de estudos. Confirmamos com seu pai o agendamento da consulta de Copo de leite no CS II Carianos para 21/10.

Saímos desta visita, apreensivas, pois, não tínhamos certeza se Copo de leite iria a esta consulta.

Mantivemos contato com a enfermeira deste Centro de Saúde e fomos informadas que Copo de leite não havia comparecido a consulta. Ficamos preocupadas e na expectativa de saber o que havia ocorrido para sua mãe não levá-lo a consulta médica agendada. Realizamos então nossa última visita domiciliar, porém nesta não obtivemos sucesso. Eram 10 horas e a casa de Copo de leite ainda estava fechada, e mesmo com a nossa insistência quando batemos palmas, chamamos a família ninguém nos recebeu.

Saímos desta visita bastante decepcionadas, pois até então, não sabíamos o que havia acontecido com a família. Não desistimos, e na semana seguinte, procuramos a mãe de Copo de leite em seu local de estudo. Novamente não a encontramos, resolvemos deixar um bilhete. Infelizmente até hoje aguardamos sua resposta.

Pudemos constatar, assistindo esta família, que mesmo os pais de Copo de leite tendo um nível de instrução um pouco mais elevado que nossas outras famílias, estes concebem saúde de maneira que esta, não é tão importante em sua totalidade.

FAMÍLIA 4

Violeta, 2 anos e 11 meses, feminina, brasileira, natural de Florianópolis e procedente do Estreito, filha única do casal D.M.B. e E.V.P.. Internou na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário em 14/09, com diagnóstico de pneumonia à esquerda. Violeta veio encaminhada do Hospital Florianópolis, sendo que esta foi sua primeira internação.

Sua alta hospitalar ocorreu em 18/09 e durante o período que esteve hospitalizada, seus pais a acompanhavam. Atuamos junto a Violeta, prestando cuidados de enfermagem, como administração de medicamentos e fornecendo orientações sobre sua patologia a seus pais. Através do contato que mantivemos com os pais de Violeta, fomos informadas que a criança reside com seus avós maternos, pois seus pais são separados.

Quando realizada a primeira visita domiciliar à casa de Violeta, conhecemos sua tia, que informou-nos ser ela, a responsável pelos cuidados da criança. A tia de Violeta aceitou nossa proposta de assistência e mostrou-se interessada em iniciar com o acompanhamento primário de saúde para a menina.

Violeta reside no Estreito próximo da comunidade da Colôninha, em uma casa de alvenaria com sete cômodos. Percebemos que em todas as visitas realizadas, casa mantinha-se fechada e tinha um odor característico a 'mofo'.

A família pode utilizar como recursos institucionais de saúde o Hospital Florianópolis, a Policlínica São Clemente, a Policlínica Santa Catarina, o CS I Colôninha e o CS II Balneário, pois os mesmos localizam-se próximos de sua moradia. Os recursos educacionais que a família dispõe próximo de sua residência são

o Centro Social Urbano, a Creche Maria Barreiros, a Escola Jacinto Callado, a Escola José Boiteaux, o Colégio Aderbal Ramos da Silva e o Colégio Antônio Peixoto, e escolas infantis particulares como o Jardim Pingo de Mel e o SOS Mamãe.

Violeta estava em casa quando realizamos a segunda visita domiciliar, pois sua professora suspeitava que a criança estivesse com varicela, e só a aceitaria novamente na creche quando apresentasse o Atestado de Saúde. Violeta desde sua alta hospitalar havia frequentado poucas vezes a creche, e em nossa última visita sua mãe referiu que a menina não retornaria mais a creche.

Em 03/11 realizamos a última visita domiciliar para Violeta e sua família. Nesta visita fomos surpreendidas com a notícia que estava residindo a uma semana com seus pais, pois os mesmos haviam reatado.

A nova moradia de Violeta é de alvenaria ficando esta nos fundos de uma casa de madeira onde reside sua tia. Constatamos também que Violeta havia procurado assistência primária de saúde no CS II Balneário, e iniciara um acompanhamento de saúde neste.

A família de Violeta, foi a primeira família que em 15/10 levou a criança ao CS II Balneário e viabilizou o sistema de contra-referência, dando desta forma estímulo e continuidade da assistência por nós iniciada.

FAMÍLIA 5

Antúrio, 2 anos e 3 meses, masculino, brasileiro, natural de Florianópolis e procedente do Morro da Penitenciária, filho adotivo de S.A.R. e A.R.. Em 09/09, Antúrio internou na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário com síndrome diarréica aguda, desnutrição grave, anemia, nanismo, broncopneumonia e refluxo gastro-esofágico. Ficou hospitalizado por 30 dias, porém durante este período estava sem a companhia de seus pais. Antúrio enquanto hospitalizado raramente recebia visita de seus familiares.

Antúrio recebeu nossa assistência através da execução de cuidados de enfermagem relacionados com sua higiene e conforto, alimentação e administração de medicamentos. Por Antúrio ter em seu desenvolvimento neuro-psico-motor idade compatível a 1 ano e 7 meses, ao estarmos junto da criança estimulávamos sua deambulação, conversávamos com ele e sempre que possível oferecíamos brinquedos adequados para sua idade. Antúrio, ainda não deambula e engatinhou (arrastando-se) com 1 ano e 9 meses.

Antúrio é filho único, nascido de parto normal domiciliar. Foi adotado por sua tia, quando sua mãe o abandonou com 4,5 meses. Segundo sua mãe adotiva, os pais de Antúrio têm problemas mentais e são alcoolistas.

Sua alta hospitalar ocorreu em 09/10, e como tínhamos experienciado um desencontro com sua mãe realizamos a primeira visita domiciliar em um sábado (17/10) na esperança de encontrá-la.

Antúrio reside na comunidade do Morro da Penitenciária localizado no bairro da Trindade. Esta comunidade fica próxima ao Hospital Universitário e Hospital Infantil Joana de Gusmão. Há nesta comunidade também o CS I Morro da Penitenciária, sendo que

as instituições educacionais próximas são a Escola Básica Hilda Theodoro Vieira, a Escola Simão Hess de Souza, a Casa da Criança e a creche Anjo da Guarda que estão localizadas na comunidade; apenas as escolas localizam-se na rua geral da Trindade, um pouco mais distante.

Em nossa primeira visita domiciliar a casa de Antúrio tínhamos como objetivo conhecer a sua família, a comunidade em que residiam e como estava a criança em casa.

A mãe de Antúrio na primeira visita domiciliar, nos recebeu junto ao portão de sua casa. A casa onde residem é mista, com dois pavimentos com roupas e restos de alimentos espalhados pelo chão. Depois de termos apresentado a mãe de Antúrio nossa proposta de assistência, e dela recebido autorização para continuá-la explicamos a importância da assistência primária de saúde para Antúrio.

Retornamos ao Morro da Penitenciária para nossa segunda visita domiciliar visando conscientizar a mãe de Antúrio dos benefícios que este teria se iniciasse um acompanhamento de saúde em 06/11. Tínhamos agendado para Antúrio uma consulta médica no CS II Saco Grande II, estávamos ansiosas e preocupadas, pois não sabíamos ao certo ao certo qual seria a conduta tomada pela mãe de Antúrio.

Nossa última visita domiciliar foi realizada em 10/11, quando finalmente conhecemos a casa de Antúrio, já que mantivemos os contatos anteriores na parte externa de seu domicílio.

Antúrio estava com varicela, sua mãe não o levou ao Centro de Saúde para consulta pois esta doença é tratada em casa, e quando a criança apresenta febre é oferecido "Dipirona".

Um fato que chamou nossa atenção foi sua mãe ter retornado do Paraguai neste dia, e estava com sua cama repleta de mercadorias. Identificamos através das visitas domiciliares realizadas e pela própria conduta que teve a mãe de Antúrio ao não levá-lo a consulta agendada no CS II Saco Grande II devido a criança estar com varicela, que questões relacionadas a saúde não são importantes para esta família, pois a sobrevivência e a luta por melhores condições de moradia nesta família estão sendo seu foco de atuação. Uma vez que, estão aos poucos reformando sua casa e também pelos pais de Antúrio trabalharem, sendo seu pai zelador e sua mãe faxineira, ajudante de cozinha e viajar esporadicamente ao Paraguai onde busca mercadorias para depois revendê-las.

FAMÍLIA 6

Amor-Perfeito, 3 anos, masculino, natural de Florianópolis e procedente da comunidade da Costeira do Pirajubaé, segundo filho de L.F.T. e T.L.T.

Em 01/10, Amor-Perfeito foi hospitalizado com diagnóstico de broncopneumonia bilateral, permanecendo dez dias hospitalizado, estando sempre acompanhado de sua mãe. Nossa assistência iniciou-se com a administração de medicamentos e orientações a sua mãe.

Quando solicitamos a permissão para assistirmos Amor-Perfeito, sua mãe disse-nos que não acreditava na assistência efetuada pela rede primária de saúde. Explicamos a mãe de Amor-Perfeito, que com a implantação do SUS houve uma reformulação da assistência, e que está sendo implantado gradualmente nos Centros de Saúde o Programa de Assistência à Saúde da Criança. No Centro de Saúde de sua comunidade este programa já foi implantado. Com isso a mãe de Amor-Perfeito concordou com nossa assistência.

Realizada a primeira visita domiciliar em 20/10 Amor-Perfeito estava bastante ativo, sorridente e brincando com sua irmã. Nesta visita conhecemos seus avós e sua irmã.

Amor-Perfeito reside com sue avós, pois seus pais são separados. Sua casa é de madeira com sete cômodos e localiza-se no bairro da Costeira do Pirajubaé. Esta comunidade utiliza o CS II Costeira do Pirajubaé, a Escola Júlio da Costa Neves, a Escola Anísio Teixeira, a Escola Estimoarte, a creche Monsenhor Frederico Hubold, o Centro de Educação Complementar e a APAM como instituições de saúde e educacionais próximas.

Retornamos em 28/10 a casa de Amor-Perfeito, neste dia a criança estava brincando e em companhia de sua avó. Informamos sua avó da consulta agendada no CS II Costeira do Pirajubaé no dia 04/11.

Quando retornamos para última visita domiciliar, fomos surpreendidas com a notícia que Amor-Perfeito não havia recebido atendimento médico no CS II Costeira do Pirajubaé, uma vez que sua mãe o levou para consulta, porém a médica não foi ao Centro de Saúde neste dia.

Diante deste fato, acreditamos ser muito difícil viabilizar a Contra-Referência, pois iniciamos desde a hospitalização de Amor-Perfeito um processo de conscientização de sua família, pela assistência de saúde primária. Porém, a falta de um trabalho conjunto entre o profissional médico e a equipe de enfermagem, fez com que esta família perdesse a credibilidade pela assistência primária.

FAMÍLIA 7

Azaléia, 10 anos, feminina, brasileira, natural de Lages, procedente do bairro do Itacorubi (comunidade do Morro do Quilombo), oitava filha de E.P. e M.L.P. em uma família composta de nove irmãos e seus pais. Internou em 07/10 com diagnóstico de pneumonia modular à esquerda. Permaneceu três dias hospitalizada, e sempre esteve em companhia de sua mãe.

Azaléia apresenta deficiência mental moderada, já frequentou a APAE e atualmente está afastada de qualquer instituição educacional.

Enquanto esteve hospitalizada, Azaléia recebeu cuidados de enfermagem realizados por nós, e também sua mãe foi orientada.

Os pais de Azaléia são separados e a menina juntamente com sua mãe residem no Morro do Quilombo. Esta comunidade utiliza para sua assistência de saúde o CS II Itacorubi, e tem instituições educacionais como a Escola Estadual Leonor de Barros, a Escola Municipal Vitor Miguel de Souza, o Centro do Bem Estar do Menor (CEBEM), que é uma escola informal, a creche Joaquina Maria Perez e a APAE próximas.

Na primeira visita domiciliar Azaléia estava bastante agitada, apenas cumprimentou-nos e em seguida foi esconder-se.

Sua casa era de madeira com apenas um cômodo, onde residiam seis de seus irmãos e sua mãe. A mãe de Azaléia a levou para consulta médica no CS II Itacorubi em 03/11, e no dia seguinte realizou os exames solicitados.

Em nossa última visita domiciliar incentivamos a mãe de Azaléia para que continuasse a realizar a assistência primária de saúde, levasse a menina ao dentista neste Centro de Saúde, e a matriculasse na APAE no próximo ano.

FAMÍLIA 8

Jasmim, 5 meses, masculino, brasileiro, natural de Florianópolis e procedente do bairro de Fátima, quarto filho de N.S.A e I.A., sendo sua família composta por quatro irmãos e seus pais.

Em 04/10 internou na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário com bronquiolite, broncopneumonia e refluxo gastro-esofágico, sendo esta sua primeira hospitalização. Sua mãe procurou auxílio no Hospital Florianópolis e no Hospital Infantil Joana de Gusmão. Como Jasmim não apresentou melhora do quadro sua mãe o trouxe ao Hospital Universitário.

Permaneceu durante cinco dias hospitalizado, onde sempre esteve em companhia de sua mãe. Na Unidade Pediátrica prestamos cuidados de enfermagem e fizemos orientações específicas aos seus familiares.

Na tarde de 26/10 realizamos a primeira visita domiciliar para Jasmim e sua família. Nesta visita orientamos sua mãe que o levasse a consulta no CS II Balneário dia 10/11.

A casa de Jasmim é de alvenaria com sete cômodos e está próxima ao Centro Social Urbano, a creche Maria Barreiros, ao CS I Coloninha, ao CS II Balneário e ao Hospital Florianópolis.

Enquanto atuamos com a família de Jasmim, através do Prontuário Família, observamos que sua mãe percebe seus filhos doentes, quando estes "ficam acomodados, se deitam em qualquer canto". Já com saúde as crianças estão "brincando, sorrindo e fazendo o que não devem".

A família de Jasmim, utiliza como recursos institucionais de saúde, o Hospital Florianópolis, o Hospital da Polícia Militar e o Centro de Saúde I Coloninha. A mãe de Jasmim procura as ins-

tituições de saúde quando o mesmo está "febril e com tosse". Levou Jasmim a benzedeira quando este estava com "arca caída".

Em todas as visitas domiciliares realizadas além de encaminhamos a criança e sua família para o Centro de Saúde II, orientávamos também sobre a prevenção de sua patologia através dos Planos de Alta. E, sempre que possível, efetuávamos exame físico na criança.

Jasmim estava com seu esquema básico de vacina em atraso. Diante deste fato, orientamos sua mãe que o levasse ao Centro de Saúde I Coloninha e completasse a segunda dose das vacinas Tríplice e Anti-pólio.

Após ter sido realizada a orientação sobre o esquema básico de vacina, na visita seguinte, a mãe de Jasmim informou-nos que já havia as efetuado. Jasmim ficou irritado, enjoado e com febre após ter sido vacinado. Explicamos a mãe de Jasmim, que estes são efeitos colaterais esperados após a vacina, e que algumas crianças apresentam.

Fornecemos a mãe de Jasmim orientações sobre o horário adequado para o banho de sol da criança. Enfatizamos a importância do banho de sol e, para que cuidasse ao expor a criança ao sol devido ao calor.

Jasmim tem refluxo gastro-esofágico, após a alta hospitalar, a família foi orientada para que a criança tivesse em sua cama o suporte que o mantém com o tórax elevado. Estimulamos a utilização deste suporte explicando para a família os benefícios que o mesmo proporcionaria a Jasmim. E, este foi feito por seu pai, sendo que Jasmim logo adaptou-se a ele.

Em nossa última visita domiciliar Jasmim havia procurado a assistência de saúde primária e já tinha agendado para o próximo

mês uma consulta médica, visando um acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento.

A família de Jasmim fez com que terminássemos o período de estágio satisfeitas com o início da viabilização da contra-referência, pois das oito famílias que assistimos cinco procuraram a assistência de saúde primária.

9-ANALISANDO A PRÁTICA

Faremos agora, a análise do Marco Referencial que orientou nossa assistência as crianças em risco de saúde e suas famílias, como também analisaremos a Metodologia aplicada e o alcance dos objetivos propostos.

O Marco Referencial por nós utilizado foi extraído do Marco Conceitual do GAPEFAM, bem como levando em consideração nossas crenças e valores, formulamos novos conceitos que julgamos necessários para que estes, nortegassem também nossa prática assistencial.

No que se refere ao conceito de "Família" comprovamos que este adapta-se as famílias que assistimos. No conceito "Ambiente" identificamos que as famílias o utilizam em sua totalidade pois todas interagiam em seu meio, mesmo quando seu objetivo principal era a sobrevivência. Nas oito famílias que atuamos foi difícil certificarmos se estas eram "Famílias Saudáveis", pois em apenas três visitas domiciliares não conseguimos observar o conceito como um todo. E, também muitas vezes não conseguimos ver a família unida, sendo que alguns de seus membros estavam em seu local de

trabalho quando as visitas domiciliares foram realizadas.

O "Processo de Competência" em quase toda sua totalidade não foi observado, uma vez que este mantém relação com o conceito de "Família Saudável", e para observá-lo é preciso realizar uma assistência a longo prazo.

No que diz respeito ao conceito "Assistência de Enfermagem", este foi utilizado em toda a nossa prática assistencial, pois juntamente com os componentes do cuidar como: agir para, trocar idéias, prevenir, informar, orientar, reforçar, estimular, entre outros pudemos constantemente atuar junto as famílias.

O conceito "Criança e Criança em Risco de Saúde" foi o foco principal de nossa atuação, pois a partir dela interagíamos com sua família.

Em se tratando da Metodologia, esta foi dividida em três etapas que são: Conhecendo a Família, Atuando com a Criança e a Família e Descrevendo a Realidade.

A etapa Conhecendo a Família iniciou-se na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário após a seleção das crianças das comunidades pré-estabelecidas.

Visando a viabilização da Contra-Referência, tínhamos a princípio planejado realizar duas visitas domiciliares para cada família a ser assistida. Porém, com o decorrer de nossa prática assistencial julgamos necessário ampliar para três o número de visitas domiciliares, uma vez que, sentimos necessidade de receber o retorno da assistência por nós iniciada.

Como já relatamos anteriormente, enquanto desenvolvemos nossas atividades não foram hospitalizadas crianças das comunidades do Saco Grande II, Saco dos Limões e Lagoa da Conceição. Com isto selecionamos duas crianças do Estreito para assistí-las e

integrá-las com o Centro de Saúde II Balneário. Salientamos também, que em apenas oito dos nove Centros de Saúde apresentados já estão com o Programa de Assistência a Saúde da Criança implantado. O Centro de Saúde II Centro está ainda em fase de planejamento deste programa para posteriormente implementá-lo.

Avaliando esta etapa acreditamos tê-la alcançado sem maiores dificuldades, pois foi através da implementação desta que iniciamos a prática assistencial proposta.

Atuando com a Criança e a Família foi a etapa que mais norteou nossa assistência. Nos dias que estávamos junto da criança e seu familiar na Unidade Pediátrica, envolvemo-nos com sua assistência.

As evoluções de enfermagem das crianças foram realizadas, porém não obtivemos a frequência esperada, pois algumas vezes as enfermeiras do noturno as realizavam mesmo com a comunicação feita anteriormente.

Tínhamos previsto para que com a Alta Hospitalar da criança, esta recebesse seu Plano de Alta. Entretanto, como estávamos ainda elaborando-os, e algumas vezes as altas hospitalares ocorreram nos finais-de-semana deixamos então para entregá-los em nossa primeira visita domiciliar.

A coleta de dados sobre a família foi iniciada na Unidade Pediátrica continuando com as visitas domiciliares subsequentes. Vale salientar aqui que, algumas vezes esta coleta foi iniciada no domicílio pois a família não estava junto da criança em sua hospitalização.

O agendamento das consultas para as crianças nos Centros de Saúde II foram quase que todas feitas para aproximadamente um mês após sua alta hospitalar. Como pode ser observado no quadro a seguir:

CRIANÇA	ALTA HOSPITALAR	DATA CONSULTA CS II
CRAVO	21/09	16/11
GIRASSOL	22/09	----- *
COPO DE LEITE	20/09	21/10
VIOLETA	18/09	15/10
ANTÔNIO	09/10	06/11
AMOR-PERFEITO	10/10	04/11
AZALEIA	10/10	03/11
JASMIM	19/10	10/11

* Esta criança foi para Caçador, perdendo a assistência por nós iniciada

Como já falamos anteriormente na caracterização da família de Cravo, com o afastamento do enfermeiro do Centro de Saúde II para a Campanha de Vacinação e a hospitalização de seus dois irmãos, agendamos somente para novembro sua consulta médica desviando desta forma o que havíamos estabelecido.

As Situações de saúde foram elaboradas e entregues as famílias, para que estas quando realizassem a consulta da criança a deixassem da criança no Centro de Saúde II de sua comunidade.

As visitas domiciliares foram ampliadas, sendo que em algumas famílias foi necessário estrapolar o previsto, em decorrência de modificações como mudança de endereço, ausência da família, entre outras. Somente a família de Girassol recebeu duas visitas domiciliares, pois a criança não reside mais com os pais.

Ao ser avaliada esta etapa, podemos dizer que avançamos as expectativas que tínhamos, e crescemos tanto profissionalmente quanto como pessoas. De um modo geral as estratégias propostas foram alcançadas em quase toda sua totalidade.

Por fim ao analisarmos a etapa Descrevendo a Realidade, concluímos que esta foi totalmente alcançada.

Diariamente preenchíamos as Fichas de Relato Diário, planejamos as visitas domiciliares e as relatávamos. A Situação de Saúde foi feita após a alta hospitalar da criança, e através das visitas domiciliares. O Prontuário Família foi preenchido também durante a hospitalização das crianças e nas visitas domiciliares realizadas.

No que se refere ao alcance dos objetivos específicos:

1) Detectar crianças em risco de saúde na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário (HU) e sua família, prestando assistência de enfermagem enquanto hospitalizada.

Este objetivo foi o que possibilitou o início de nossa assistência as crianças e suas famílias. Nas famílias selecionadas, tentávamos sempre que possível incluí-la na assistência recebida junto a criança.

2) Atuar preventivamente na reincidência de problemas de saúde de crianças egressas da Unidade Pediátrica do HU e sua família através de ações de assistência de enfermagem no eixo hospital, centro de saúde e domicílio.

Junto aos familiares das crianças assistidas, fazíamos orientações necessárias para com isso evitar a reincidência de problemas de saúde, como também, enfatizávamos muito a prevenção deste e a procura da família pelo Centro de Saúde II de sua comunidade.

3) Aprimorar conhecimentos teórico-práticos através da elaboração do Plano de Alta da Criança e Situação de Saúde da Criança.

Aperfeiçoávamos nossos conhecimentos teórico-práticos através da revisão de literatura para elaborarmos os Planos de Alta e

a Situação de Saúde da Criança, e sempre que surgiam dúvidas recorriamos a procura do material referente para saná-los.

4) Integrar as crianças egressas da Unidade Pediátrica do HU e sua família, com o Centro de Saúde próximo de seu domicílio.

Após a seleção das crianças, iniciamos junto a seus familiares um processo de conscientização da importância da assistência de saúde a nível primário, uma vez que em sua comunidade há um Centro de Saúde próximo com assistência especializada a sua disposição. Sabemos também que em quarenta e quatro dias de prática assistencial não conseguiríamos conscientizar todas as famílias selecionadas, pois muitas destas famílias têm um processo de viver marginalizado onde a sobrevivência sobressai como o fator mais importante de sua existência. Entretanto, atuando com oito famílias, e cinco destas procuraram o Centro de Saúde de sua comunidade, acreditamos ter alcançado o que havíamos inicialmente proposto.

5) Despertar o interesse e favorecer a continuidade da integração das enfermeiras da Unidade Pediátrica do HU com o sistema de contra-referência nos 09 Centros de Saúde II.

Embora tenhamos utilizado várias estratégias, como a colocação no mural da Unidade Pediátrica da lista dos Centros de Saúde II que já iniciaram o Programa de Assistência à Saúde da Criança, a elaboração de dois cartazes, e a reunião com as enfermeiras da unidade pediátrica onde relatamos o alcance dos objetivos propostos não conseguimos conscientizá-las da importância de efetuarem a continuidade do sistema de contra-referência com os Centros de Saúde. Acreditamos que não alcançamos este objetivo por não haver um trabalho conjunto dos enfermeiros que atuam no nível primário e terciário de saúde. Parece existir um limite, o qual, não é avançado por nenhuma das partes, tornando desta forma inviável o sistema de contra-referência.

10-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfrentamos inicialmente o descrédito por nossa proposta de assistência, por docentes que acreditavam que não seria possível, apenas um orientador supervisionar-nos, uma vez que atuaríamos no eixo hospital, centro de saúde e domicílio. Mas, mantivemo-nos firmes e hoje temos como resultado a satisfação de ter iniciado com famílias com desfavorável condição sócio-econômica e cultural, a viabilização de um sistema, até então pouco eficaz.

Ao término de nossa prática assistencial, estamos conscientes que contribuimos muito para a enfermagem como um todo.

Utilizamos como Marco Referencial o Marco Conceitual do GA-PEFAM, e constatamos que este facilitou e orientou a nossa prática assistencial. Como este Marco já havia sido testado com outro grupo, só que trabalhando com Famílias em Expansão, acreditamos que ao se trabalhar com famílias, este Marco Conceitual adapta-se com muita facilidade.

Este trabalho deixou como contribuição para nós, a certeza de que se for iniciado um trabalho conjunto da equipe de saúde que atua junto a população, e ocorrer a conscientização desta pela

importância da prevenção, a contra-referência será em pouco tempo viabilizada.

Para que o sistema de contra-referência seja viabilizado, é necessário que toda a equipe de saúde e também os enfermeiros de todos os níveis conheçam o sistema. Para isto, torna-se necessário cursos de atualização sobre o sistema e formas concretas de proceder esta contra-referência. A própria caderneta de saúde deveria ser utilizada para este fim, uma vez que dentro da mesma existe um espaço para observações.

Nos Centros de Saúde deve haver um trabalho conjunto dos enfermeiros com a equipe médica, evitando desta forma que ocorra o descrédito da assistência primária de saúde pela população. Este trabalho conjunto seria realizado a partir de um sistema de comunicação eficaz entre ambos, do agendamento de consultas médicas e de enfermagem, onde seriam fornecidas orientações específicas pelos integrantes da equipe de saúde, evitando desta maneira duplicidade de informações para a família. Reuniões periódicas entre a equipe de saúde seriam necessárias para dar continuidade a esta assistência.

Se houver futuramente este trabalho conjunto, teremos a certeza que neste curto espaço de tempo, que foi a nossa prática assistencial, abrimos um novo horizonte para a enfermagem, pois estamos conscientes que neste campo o enfermeiro atua como educador em sua prática diária. Para o sistema de saúde com a viabilização da contra-referência diminuirão as constantes reinternações de crianças, e com isto os gastos com o material dispensado durante uma hospitalização e principalmente os prejuízos na vida emocional da criança e seu desenvolvimento. Já para a população, é necessário que esta conscientize-se e faça uso da assistência

de saúde próxima a seu domicílio.

Deixamos como contribuição com este trabalho, a proposta para que alunos da graduação tenham consciência da importância deste sistema, e dêem continuidade ao trabalho por nós iniciado.

11-REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

11.1-Bibliografia referenciada:

- 1-ANUÁRIO ESTATÍSTICO BRASILEIRO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1991.
- 2-BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. O que há de novo no SUS? Florianópolis, 1989.
- 3-CASTANHEL, M. S. D. e BOEHS, A. E.. Cuidando de uma família na comunidade - uma experiência. Trabalho apresentado no VIII Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica. Florianópolis, nov. 1992. (mimeo.)
- 4-CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Sistema Único de Saúde. nº 2, ago. 1992.
- 5-DESSUNTI, E. M. et al. Sarampo: Custo da hospitalização e vacinação na região de Londrina-Paraná. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, vol 43, nº 1/2/3/4, p.96-100, jan/dez, 1990.
- 6-ECKERT, E. R., HENSE, D. S. S. e PENNA, C. M. M.. A família buscando saúde: Um estudo com famílias sobre o conhecimento e utilização dos recursos existentes em sua comunidade. Projeto de Pesquisa financiado pelo FUNPESQUISA, Florianópolis, nov, 1992. (mimeo)
- 7-FREITAS, D. M. V., SCOCHI, C. G., LIMA, R. A.. A enfermagem na assistência a criança com problemas respiratórios. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, vol 41, nº 1, p.7-13, jan/mar, 1988.
- 8-MARTINS, N. G. R. & PASKULIN, L. M. G. Emergência: fatores que levam a população infantil a recorrer a este serviço. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, vol 45, nº 1, p.21-27, jan/mar, 1992.

- 9-PATRÍCIO, Z. M.. A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, 1990.
- 10-PENNA, Cláudia M. M.. Repensando o Pensar: Análise Crítica de um Referencial Teórico de Enfermagem para Família. Florianópolis. UFSC. 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, 1992.
- 11-RIBEIRO, E. M.. Assistindo Famílias: Enfrentando Desafios. Florianópolis, mai, 1991. (mimeo.)
- 12-SAHO, M. Determinantes de hábitos alimentares com crianças de 0 a 4 anos. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, vol 43, nº 1/2/3/4, p.85-87, jan/dez, 1990.
- 13-SCALCO, E. Sistema Único de saúde: Compromisso a saldar. Saúde em debate, Londrina, nº 20, p.47-48, abr, 1988.
- 14-SCOCHI, C. G. S. et al. O conhecimento de puérperas sobre o cuidado com o recém-nascido: Avaliação da influência da internação em uma maternidade de um hospital escola. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, vol 45, nº 1, p. 36-43, jan/mar, 1992.
- 15-UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Departamento de Enfermagem. GAPEFAM. Referencial Teórico do GAPEFAM. Florianópolis, 1992. (em fase de análise)
- 16-UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. Unidade de Internação Pediátrica. Livro de Registro de Internações e altas Hospitalares. Florianópolis, 1992.
- 17-WAECHTER, E. H. & BLAKE, F. G. Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro, Intreamericana, 1979.

11.2-Bibliografia consultada:

- 1-BRASIL. Ministério da saúde. Módulo IV- Assistência e controle das doenças diarreicas- TRD. Brasília, 1984.
- 2-BECKER, F. et al.. Apresentação de Trabalhos Escolares. 9 ed. Porto Alegre: PRODIL, 1988.
- 3-CUSTÓDIO, G. S., HENCKEMAIER L. e CANALI N.. Assistindo a mulher no ciclo grávido-puerperal dentro de uma abordagem familiar. Relatório de Conclusão de Curso. Florianópolis, ago, 1992.
- 4-DÁRIO, Elizabet et al. Prestar Assistência de Enfermagem à Criança com Doenças Comuns na Emergência Externa do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Planejamento e Relatório de Projeto de Conclusão de Curso. Florianópolis, ago, 1988.
- 5-MARCONDES, Eduardo et al. Pediatria Básica. São Paulo: Sarvier, 1974. 4ª ed. vol 1 e 2, p.486-514 e 947-951.
- 6-_____, Eduardo et al. Pediatria Básica. São Paulo: Sarvier, 1975. 5ª ed. vol 2, p.879-889.
- 7-_____, Eduardo et al. Pediatria Básica. São Paulo: Sarvier, 1978. 6ª ed. vol 1, p.215-223.
- 8-SANTOS, E. A. K. Aleitamento Materno. In: SCHIMTZ, Edilza R. A Enfermagem em Pediatria e Puericultura. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu, 1989, cap.2, p.25-47.
- 9-UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Departamento de Enfermagem. GAPEFAM. Projeto de Assistência/Domiciliar Comunitária a Famílias de Crianças Hospitalizadas no Hospital Universitário após a Alta Hospitalar. Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Família. Florianópolis, 1990.

ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA VIII FASE

PRONTUÁRIO FAMÍLIA

IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

1-Família:

Nome do casal e número de filhos.....

.....

Como a família é conhecida:.....

.....

Procedência: (estado, município, bairro).....

.....

* Se de outro estado ou município:

Por que vieram para cá?.....

.....

Há quanto tempo moram aqui?.....

.....

2-Localização:

Endereço:.....

.....

Quanto tempo neste endereço:.....

.....

Ponto de referência:.....

.....

Condição de ocupação: própria () alugada () cedida ()

outros:.....

.....

Cuidado com lixo: Destino- coletado COMCAP () queimado ()

enterrado () acumulado no pátio ()

Como cuidam do lixo no domicílio?.....

.....

Esgotamento sanitário: Rede geral ()

Fossa séptica ()

Fossa rudimentar ()

Vala aberta ()

Riacho ()

Outros:.....

.....

Tem Banheiro? sim() não ()

uso particular () uso coletivo ()

Outros:.....

.....

Abastecimento de água: Proveniente de- rede geral () poço ()

nascente ()

Outros:.....

.....

Tratamento da água: Filtrada ()

Fervida ()

Inexistente()

CASAN ()

Outros:.....

.....

Iluminação elétrica: extensão direta ()

rabicho ()

Outros:

.....

5-Alimentação básica:

Tipo:

.....

Número de refeições diárias:

Como adquire a comida:

.....

DADOS ESPECÍFICOS DA FAMÍLIA E DA CRIANÇA

1-Como sabe que alguém tem saúde na sua família?.....

.....

.....

.....

.....

.....

2-Como sabe quando alguém está doente na sua família?.....

.....

.....

.....

.....

.....

3-Quais os serviços institucionais de assistência à saúde que a família conhece?.....

.....
.....
.....
.....
.....

4-Quais os recursos não institucionais de assistência à saúde que a família conhece?.....

.....
.....
.....
.....
.....

5-Quais destes recursos a família procura?.....

.....
.....
.....
.....
.....

6-Em que situações (problema de saúde) vocês procuram os serviços de saúde?.....

.....
.....
.....
.....
.....

7-O que acha dos serviços de saúde oferecidos?.....

.....
.....
.....
.....

8-Conhece o Centro de Saúde próximo de seu domicílio? O procura quando?.....

.....
.....
.....

9-Recebe alguma informação de saúde? Quem as fornece?.....

.....
.....
.....
.....

10-Que doenças a criança já teve? Qual o tratamento utilizado?..

.....
.....
.....
.....

11-Que problemas de saúde levaram a criança a ser internada?.....

.....
.....
.....
.....

12-Há quanto tempo apresenta este quadro?.....

.....
.....
.....
.....

13-A criança já foi internada outras vezes? sim() não()

a)Quantas vezes?.....

b)Quando foi sua última internação?.....

c)Foi acompanhada durante as internações anteriores? Por
quem?.....

.....

14-Como reagiu frente as internações?.....

.....
.....
.....
.....

15-Tem o esquema básico de imunização em dia?.....

.....

.....

16-Em relação ao Nascimento da Criança:

Tipo de parto:.....

Apgar:..... P ao nascer:.....

E ao nascer:..... PT:..... PC:..... PA:.....

17-Qual o peso e a estatura atual da criança?.....

.....

ANEXO II

PLANO DE ATUAÇÃO

DIARRÉIA

-O que é?

A criança tem o cocô mole, várias vezes ao dia, às vezes com catarro, líquido como água, até sangue e com mau cheiro.

-O que causa a diarreia?

Alimentos estragados

Alimentos dados a criança inadequados com a idade

A criança bebe água contaminada (bactérias, vírus e parasitas)

A criança não se acostuma com o leite de vaca

Remédios dados a criança sem receita do médico

Vermes

Causas psicológicas

Sujidade no lar

Outras doenças (gripe, sarampo....)

-Como prevenir:

Lavar as mãos com água e sabão

Limpar brinquedos que a criança leva a boca

Manter a casa sempre limpa

Lavar bem frutas, verduras e utensílios (Bicos e Mamadeiras)

Dar leite materno para a criança

Enterrar o cocô se não tiver banheiro

A mãe deve sempre lavar as mãos antes de dar o peito para a criança

Calçar a criança

Oferecer água fervida fria ou água da Casan para a criança

Levar a criança ao Centro de Saúde mais próximo de sua casa assim que o seu cocô estiver mole

-Como tratar:

Oferecer para a criança, líquidos (solução caseira, soro do envelope) depois de ter feito cocô mole

Solução Caseira:

1 litro de água fervida (1 garrafa de Coca-Cola de 1 litro)

1 colher de chá rasa de sal

4 colheres de chá cheia de açúcar

Esta solução vale apenas um dia (24 h)

A cada dia deve ser feita nova solução, até que a mãe leve a criança ao Centro de Saúde

Dar para criança solução caseira várias vezes ao dia, e principalmente depois que fizer cocô mole

Dar solução caseira em colheradas ou em um copo

Soro de Envelope:

Despeja o conteúdo do envelope em 1 litro de água fervida (1 garrafa de Coca-Cola de um litro)

Esta solução vale apenas um dia (24 h)

Deve ser feita diariamente, até que a criança não tenha mais cocô mole

Dar para criança soro de envelope várias vezes ao dia, e principalmente depois que fizer cocô mole

Dar o soro de envelope em colheradas ou em um copo

* O Soro de envelope é distribuído nos Centros de Saúde

PLANO DE ALTA

BRONQUIOLITE

-O que é?

É uma inflamação que acontece rapidamente, que ataca algumas partes do pulmão (bronquíolos, brônquios finos), onde a criança tem tosse seca, respira rápido e com dificuldade, fica com as mãos, pés e boca roxa (cianóticas) e fica agitado. Ataca crianças com menos de 2 anos, principalmente de 0 a 6 meses de idade

-O que causa a bronquiolite?

A maioria das vezes é causada por micróbios que estão no ar (vírus)

-Como prevenir:

Evitar que a criança fique muito tempo no vento

Colocar roupa quente na criança em dias frios

Levar ao Centro de Saúde quando a criança tiver qualquer sintoma da doença

-Como tratar:

Deixar a criança em repouso

Dar o remédio segundo a orientação do médico

Dar comida no colo e devagar

Dar água ou líquidos (chá, suco, leite) para a criança várias vezes ao dia

Colocar nas costas da criança travesseiro ou almofada quando ela estiver deitada para que fique com o peito mais alto que o corpo

PLANO DE ALTA

BRONQUITE

-O que é?

É uma inflamação no pulmão (parede brônquica), com aumento da produção de catarro, pode ser rápida ou permanecer por longo tempo. A criança tem roncosp, tosse com catarro com maior frequência à noite e quando está deitada de barriga para cima (posição horizontal).

-O que causa a bronquite?

É uma infecção provocada por micróbios (vírus e bactérias)

-Como prevenir:

Evitar que a criança fique muito tempo no vento

Colocar roupa quente na criança em dias frios

Levar ao Centro de Saúde quando a criança tiver qualquer sintoma da doença

-Como tratar:

Deixar a criança em repouso

Levar ao Centro de Saúde para fazer cheirinho (nebulização), caso o médico tenha receitado

Dar o remédio segundo a orientação do médico

Dar comida no colo e devagar

Dar água ou líquidos (chá, suco, leite) para a criança várias vezes ao dia

Colocar nas costas da criança travesseiro ou almofada quando ela estiver deitada para que fique com o peito mais alto que o corpo

PLANO DE ATUA

AMIGDALITE

-O que é?

É uma invasão por micróbios (bactérias), geralmente acontece depois de um resfriado, atacando a garganta (amígdalas). A criança fica com febre alta, irritada, sem fome, com mau cheiro na boca, ínguas debaixo do braço e no pescoço, com tosse e custa a engolir.

-O que causa a amigdalite?

É causada geralmente por micróbios (bactérias)

-Como prevenir:

Evitar que a criança fique muito tempo no vento

Colocar roupa quente na criança em dias frios

Tratar o resfriado o mais rápido que puder, levando a criança ao Centro de Saúde

Evitar que a criança fique em ambientes fechados (ônibus, em casa) com pessoas que estejam resfriadas

-Como tratar:

Se tiver febre dar banho com água morna

Dar para a criança comida mole (pastosa): sopa, mingau, caldo de feijão

Dar líquidos para a criança várias vezes ao dia

Procurar o Centro de Saúde quando a criança tiver qualquer sintoma da doença

PLANO DE ALTA

ANEMIA FERROPRIVA

-O que é?

A criança fica branca (pálida), fraca, sem vontade de brincar, cansada e irritada, muitas vezes por não receber alimentos com Ferro (melado, mel, beterraba, feijão, repolho, alface, carne, morticilha = churico, fígado)

-O que causa a anemia ferropriva?

Grande perda de sangue (hemorragia)

A criança com cocô mole várias vezes ao dia

Falta de alimentos ricos em Ferro na comida

Vermes

-Como prevenir:

Dar para criança comidas ricas em Ferro

Toda vez que a criança estiver branca (pálida), com orelha e ponta dos dedos brancos, procurar o médico no Centro de Saúde perto de sua casa

Levar a criança ao Centro de Saúde próximo de sua casa, quando estiver com o cocô mole para evitar que tenha várias vezes no ano a diarreia

-Como tratar:

Não dar remédios para a criança sem receita médica

Dar alimentos ricos em Ferro para a criança

Se a criança receber Sulfato Ferroso a mãe deve cuidar:

-para dar o remédio antes da criança ter comido

-dar o remédio com um conta-gotas

-escovar os dentes da criança depois de ter tomado o remédio

Orientar mãe e familiares que a criança fica com o cocô preto e os dentes escurecidos

Se a criança tiver vômitos, dor na barriga dar o remédio (Sulfato Ferroso) entre as refeições

PLANO DE ALTA

RESFRIADO

-O que é?

É uma inflamação, que a criança tem catarro na garganta e nariz. A criança fica sem fome, com espirros, tosse, cocô mole, com o nariz escorrendo, entupido, às vezes com febre e pode ter vômitos.

-O que causa o resfriado?

É causado por micróbios que estão no ar

-Como prevenir:

Evitar que a criança fique muito tempo no vento

Colocar roupa quente na criança em dias frios

Não deixar que a criança fique perto de pessoas resfriadas

Deixar a criança com sapato sempre que possível

Evitar que a criança fique em ambientes fechados (ônibus, em casa) com pessoas que estejam resfriadas

Procurar o Centro de Saúde sempre que a criança apresentar qualquer sintoma de resfriado

-Como tratar:

Dar o remédio segundo a orientação do médico

Dar comida no colo e devagar

Dar pouca comida para a criança e mais vezes no dia

Dar água ou líquidos (chá, suco, leite) para a criança várias vezes ao dia

Deixar a criança com roupa quente

PLANO DE ALTA

DESNUTRIÇÃO

-O que é?

É uma doença provocada pela falta de alimentos (proteínas, vitaminas, açúcares, gorduras e sais minerais). A criança perde e não ganha peso, fica fraca, tem olhar triste, moleira funda, poucos cabelos e finos, com os braços, pernas e corpo mole, às vezes tem sangramento na gengiva, rosto inchado (lua cheia), parece velho e fica indiferente ao que acontece perto dela.

-O que causa a desnutrição?

É causada pela falta de alimentação, ou quando a criança recebe pouca comida para sua idade, alimentação errada e a criança com cocô mole várias vezes no ano.

-Como prevenir:

Dar comida para criança de acordo com sua idade

Dar leite materno para a criança

Levar a criança ao Centro de Saúde para pesar e consultar com o médico todo mês, ou quando estiver aceitando pouco de sua alimentação e estiver com o cocô mole

Dar para a criança água ou líquidos (chá, suco, leite) várias vezes ao dia

Lavar as mãos com água e sabão

Limpar brinquedos que a criança leva a boca

Lavar bem frutas, verduras e utensílios (Bicos e Mamadeiras)

-Como tratar:

Dar comida no colo e devagar

Dar pouca comida para a criança e mais vezes no dia

Dar alimentação conforme orientação do médico

PLANO DE ALTA

DESIDRATAÇÃO

-O que é?

É a perda de líquidos do corpo. A criança fica com a pele seca, moleira funda, olhos fundos, a pele fica sem elasticidade. A criança perde o apetite e fica irritada.

-O que causa a desidratação?

É causada pela criança ter cocô mole (diarréia), vômitos, ganhar pouco líquido (água, chá, leite), quando a criança fica muito tempo no sol, ou às vezes por ter se queimado (queimaduras), e resfriados.

-Como prevenir:

Dar para a criança água ou líquidos (chá, suco, leite) várias vezes ao dia

Quando a criança estiver com cocô mole dar água ou líquidos

Evitar que a criança fique muito tempo no sol

Procurar o Centro de Saúde quando a criança estiver com o cocô mole, vômitos, sem comer

A Mãe não deve interromper o Aleitamento Materno da criança

-Como tratar:

Oferecer para a criança, líquidos (solução caseira, soro do envelope).

Solução Caseira:

1 litro de água fervida (1 garrafa de Coca-Cola de um litro)

1 colher de chá rasa de sal

4 colheres de chá cheia de açúcar

Esta solução vale apenas um dia (24 h)

A cada dia deve ser feita nova solução, até que a mãe leve a criança ao Centro de Saúde

Dar para criança solução caseira várias vezes ao dia, e principalmente depois que fizer cocô mole

Dar solução caseira em colheradas ou em um copo

Soro de Envelope:

Despeja o conteúdo do envelope em 1 litro de água fervida (1 garrafa de Coca-Cola de um litro)

Esta solução vale apenas um dia (24 h)

Deve ser feita diariamente, até que a criança não tenha mais cocô mole

Dar para criança soro de envelope várias vezes ao dia, e principalmente depois que fizer cocô mole

Dar o soro de envelope em colheradas ou em um copo

Dar pouca comida para a criança e mais vezes no dia

* O Soro de envelope é distribuído nos Centros de Saúde

PLANO DE ALTA

PNEUMONIA (PONTADA)/ BRONCOPNEUMONIA

-O que é a pneumonia?

é uma inflamação no pulmão (alvéolos, bronquíolos, espaços intersticiais) ocorrendo rapidamente. Atinge crianças com mais de 6 meses e crianças maiores. É comum aparecer após gripe ou amigdalite. A criança fica com febre, com gemência, branca (pálida) ou roxa (cianótica), respira rápido, fica caidinha, o coração bate rápido, às vezes com tosse, vômitos, fica com o cocô mole, não quer comer e sua barriga fica maior.

-O que é a broncopneumonia?

é uma inflamação em certa parte do pulmão (brônquios, bronquíolos). Atinge crianças que tem facilidade de ficarem doentes, por causa de sua baixa defesa do organismo (baixa defesa imunitária). Ocorrem em recém-nascidos, bebês nascidos antes do prazo (prematuros), crianças até 2 anos e desnutridos. A criança fica com febre alta, tosse seca, sem eliminar catarro, fica com falta de ar, agitado ou caidinho, não quer comer. Pode ter vômito e cocô mole.

-O que causa a pneumonia e a broncopneumonia?

é causada por micróbios que estão no ar (vírus, bactérias e protozoários)

-Como prevenir:

Evitar que a criança fique muito tempo no vento
Colocar roupa quente na criança em dias frios
Levar ao Centro de Saúde quando a criança tiver qualquer sintoma da doença

-Como tratar:

Deixar a criança em repouso
Dar o remédio segundo a orientação do médico
Dar comida no colo e devagar
Dar água ou líquidos (chá, suco, leite) para a criança várias vezes ao dia
Colocar nas costas da criança travesseiro ou almofada quando ela estiver deitada para que fique com o peito mais alto que o corpo
Dar pouca comida para a criança e mais vezes no dia

ANEXO III

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA VIII FASE
ALUNAS - GISELLE KAROLINE GENSTER
NOEZI MARIA ESPÍNDOLA

SITUAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA

CRIANÇA - P. P. B. DN - 25/09/89
FILIAÇÃO - Pai- D. M. B. Mãe- E. V. P.
ENDEREÇO - Felipe Neves 451 Estreito (Próximo ao Centro da Malvina)

Internou no HU no dia 14/09/92 com diagnóstico de pneumonia à esquerda. Foi encaminhada do HF, sendo esta sua primeira internação. Já teve duas vezes pneumonia, e desde o dia 13/09 estava com gripe, dor no corpo, com tosse produtiva e sem expectorar.

Ao receber alta em 18/09/92 apresentava alguns episódios de tosse produtiva, com certa dificuldade respiratória e gemência. Criança com bom estado geral, hidratada, corada, acianótica. Após ausculta respiratória identificou-se a presença de roncos, sibilos e estertores crepitantes disseminados.

Durante a internação fez uso dos seguintes medicamentos: Aerolin, Dipirona, Penicilina Procaína e tinha prescrita nebulização que era composta de 4 ml de soro fisiológico, 4 gtas de Aerolin e 8 gtas de Atrovent.

Na 1 visita domiciliar estava na creche, e segundo a tia estava bem. Quando realizada a 2 visita domiciliar P. estava em casa, e com lesões infectadas nos membros inferiores que sugeriam ser provenientes de picadas de insetos.

Criança reside com os avós maternos, mas é cuidada por sua tia.

ANEXO IV

FICHA DE RELATO DIÁRIO

DATA:

ACADÊMICA:

LOCAL:

RELATO DIÁRIO:

ANEXO V

PLANEJAMENTO DA VISITA

CRIANÇA:

FAMÍLIA:

DATA:

ACADÊMICAS:

-OBJETIVOS DA VISITA:

-PRIORIDADES PARA AS ACADÊMICAS:

-PRIORIDADES DA FAMÍLIA:

ANEXO VI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

VIII FASE

RELAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE II COM O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA
À SAÚDE DA CRIANÇA

CSII - CENTRO	! CSII - CAPOEIRAS	!
RUA - Av Rio Branco	! RUA - Irmã Bonavita s/n	!
(em frente ao Entrelaços)	! (próximo ao Colégio Anibal	!
FONE - 22-56-91	! Nunes Pires)	!
ENFERMEIRA- Vera T	! FONE - 48-16-21	!
	! ENFERMEIROS - Vera M	!
	! Edson T	!
CSII - LAGOA DA CONCEIÇÃO	! CSII - BALNEÁRIO	!
RUA - João Pacheco da Costa s/n	! RUA - Av. Santa Catarina 341	!
(próximo a Escola Básica Henrique Ve-	! FONE - 48-16-20	!
ras)	! ENFERMEIRAS - Márcia M	!
FONE - 32-01-88	! Iolanda T	!
ENFERMEIRAS - Sônia M	!	!
Cirene T	!	!
CSII - CARIANOS	! CSII - ITACORUBI	!
RUA - da Ressacada s/n	! RUA - Geral do Itacorubi s/n	!
(próximo a Escola Básica Idelfonso Li-	! FONE - 33-55-55	!
nhares)	! ENFERMEIRA - Jacqueline	!
FONE - 36-11-18	!	!
ENFERMEIRA - Maria do Horto	!	!
CSII - SACO GRANDE II	! CSII - SACO DOS LIMÕES	!
RUA - Rodovia Virgílio Varzea s/n	! RUA - João Motta Spezin 353	!
FONE - 38-01-10	! (anexo ao Centro Social Ur-	!
ENFERMEIROS - Amaury M	! bano)	!
Ednete T	! FONE - 33-00-16	!
	! ENFERMEIRAS - EDMAN M	!
	! NILTA T	!
CSII - COSTEIRA	!	!
RUA - Jorge Lacerda s/n	!	!
FONE - 33-33-33	!	!
ENFERMEIRAS - Marluci M	!	!
Beth T	!	!

ANEXO VII

UNIVERSIDADE-FEDERAL DE SANTA CATARINA
ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APPLICADA VIII FASE

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE II

IDENTIFICAÇÃO	SERVIÇOS	AGENDAMENTOS/CONSULTAS	RECURSOS HUMANOS
Nome: CENTRO DE SAÚDE II - CAPOEIRAS	Especialidades: Pediatria Clínica Médica Ginecologia Obstetrícia	Médico: Ordem de chegada Marcação com antecedência (ginecologia)	Equipe médica: M e V
Entidade Mantenedora: Prefeitura Municipal de Florianópolis		Enfermagem: Por ordem de chegada	Equipe enfermagem: M e V
Endereço: Rua Irmã Bonavita, 286 Capoeiras-Flópolis	Atendimento Ambulatorial: Consulta Médica Consulta Enfermagem Consulta Odontológica Nebulização Vacinação Administração Medicamentos Retirada de Pontos Curativos Controle de PA Distribuição Medicamentos	Retornos: Ginecologia Para pediatria quando a criança necessita de acompanhamento	Odontólogo: M e V Nutricionista: M e V
Horário: 7:00 às 19:00 h			Serviços Gerais: M e V
Clientela: Adultos e crianças	Exames: Teste Pezinho Teste Tuberculínico		Psicóloga: V
Tipo de Atendimento: Ambulatorial (A)			
Fone: 48-16-21	Atendimento Domiciliar: Visita Domiciliar feita por enfermagem		

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE II

IDENTIFICAÇÃO	SERVIÇOS	AGENDAMENTOS/CONSULTAS	RECURSOS HUMANOS
<p>Nome: CENTRO DE SAÚDE II - BALNEÁRIO</p>	<p>Especialidades: Clínica Médica Ginecologia Pediatría</p>	<p>Médico: Clínica - são marcados por telefone Ginecologia - é agendado durante o mês, para o mês seguinte Pediatría - Ordem de chegada</p>	<p>Equipe médica: M e V</p>
<p>Entidade Mantenedora: Prefeitura Municipal de Florianópolis</p>	<p>Atendimento Ambulatorial: Consulta Médica Consulta Enfermagem Consulta Odontológica Nebulização Vacinação Administração Medicamentos Retirada de Pontos Curativo Controle de PA Planejamento Familiar Atividades de Grupo: Hipertensos Planejamento Familiar Preventivo de Câncer</p>	<p>Enfermagem: é feito diariamente</p> <p>Odontólogo: é feito diariamente</p>	<p>Equipe enfermagem: M e V</p> <p>Odontólogo: M e V</p> <p>Nutricionista: M</p>
<p>Endereço: Av Santa Catarina s/n</p>			
<p>Horário: 7:00 às 18:00 h</p>		<p>Retornos: Pacientes da Ginecologia, são marcados após a consulta</p>	<p>Serviços Gerais: M e V</p>
<p>Fone: 48-16-20</p>		<p>Enfermagem e Odontologia: é feita nova marcação</p>	
<p>Clientela: Adultos, crianças</p>	<p>Exames: Urina Sangue Fezes Preventivo de Câncer Bacterioscopia</p>		
<p>Tipo de Atendimento: Ambulatorial (A)</p>	<p>Atendimento Domiciliar: Só quando o paciente não tem condição nenhuma de realizar o cuidado e quando não tem quem faça por ele - Curativo e Injeção</p>		

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE II

IDENTIFICAÇÃO	SERVIÇOS	AGENDAMENTOS/CONSULTAS	RECURSOS HUMANOS
<p>Nome: CENTRO DE SAÚDE II - ITACORUBI</p> <p>Entidade Mantenedora: Prefeitura Municipal de Florianópolis</p> <p>Endereço: Rua Geral do Itacorubi s/n</p> <p>Horário: 7:00 às 19:00 h</p> <p>Fone: 33-55-55</p> <p>Clientela: Adultos, crianças</p> <p>Tipo de Atendimento: Ambulatorial (A)</p>	<p>Especialidades: Clínica Médica, Ginecologia, Pediatria</p> <p>Atendimento Ambulatorial: Consulta Médica, Consulta Enfermagem, Consulta Odontológica, Nebulização, Vacinação, Administração Medicamentos, Retirada de Pontos, Curativo, Controle de PA</p> <p>Exames: Teste Pezinho - agendado, Preventivo de Câncer, Teste Tuberculínico</p>	<p>Médico: Ordem de chegada - com distribuição de fichas</p> <p>Enfermagem: É agendado conforme necessidades do cliente</p> <p>Retorno: São marcados para ginecologia e hipertensos</p>	<p>Equipe médica: M e V</p> <p>Equipe enfermagem: M e V</p> <p>Odontólogo: M e V</p> <p>Nutricionista: M</p> <p>Serviços Gerais: M e V</p>

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE II

IDENTIFICAÇÃO	SERVIÇOS	AGENDAMENTOS/CONSULTAS	RECURSOS HUMANOS
<p>Nome: CENTRO DE SAÚDE II - SACO GRANDE II</p> <p>Entidade Mantenedora: Prefeitura Municipal de Florianópolis</p> <p>Endereço: Rod. Virgílio Varzea s/n</p> <p>Horário: 7:00 às 19:00 h</p> <p>Fone: 38-01-10</p> <p>Clientela: Adultos, crianças</p> <p>Tipo de Atendimento: Ambulatorial (A)</p>	<p>Especialidades: Clínica Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria</p> <p>Atendimento Ambulatorial: Consulta Médica, Consulta Enfermagem, Consulta Odontológica, Nebulização, Vacinação, Administração Medicamentos, Retirada de Pontos, Curativo, Controle de PA</p> <p>Exames: Teste Pezinho, Preventivo de Câncer, Teste Tuberculínico</p> <p>Atendimento Domiciliar: Visita domiciliar para hipertensos, diabéticos, com a Associação de Moradores, atuando também na creche e na escola - Enfermeiro</p>	<p>Médico: Pediatria - até um ano é agendado, gestantes as quartas-feiras e as demais consultas através de fichas</p> <p>Enfermagem: é agendado conforme a demanda</p> <p>Retornos: Só para gestantes e puericultura</p>	<p>Equipe médica: M e V</p> <p>Equipe enfermagem: M e V</p> <p>Odontólogo: M</p> <p>Nutricionista: V</p> <p>Serviços Gerais: M e V</p> <p>Psicóloga: V</p>

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE II

IDENTIFICAÇÃO	SERVIÇOS	AGENDAMENTOS/CONSULTAS	RECURSOS HUMANOS
<p>Nome:</p> <p>CENTRO DE SAÚDE II -</p> <p>COSTEIRA DO PIRAJUBÁ</p>	<p>Especialidades:</p> <p>Clinica Geral</p> <p>Ginecologia e Obstetrícia</p> <p>Pediatricia/Puericultura</p>	<p>Médico:</p> <p>Agendadas consultas para Pediat- ria, Ginecologia e Clínico Ge- ral às sextas-feiras à tarde</p>	<p>Equipe médica:</p> <p>M e V</p>
<p>Entidade Mantenedora:</p> <p>Prefeitura Municipal de</p> <p>Florianópolis</p>	<p>Atendimento Ambulatorial:</p> <p>Consulta Médica</p> <p>Consulta Enfermagem</p> <p>Consulta Odontológica</p> <p>Nebulização</p> <p>Vacinação</p> <p>Administração Medicamentos</p> <p>Retirada de Pontos</p> <p>Curativo</p> <p>Controle de PA</p>	<p>Enfermagem:</p> <p>São agendadas todos os dias</p> <p>Retornos:</p> <p>Só para gestantes e puericultura</p>	<p>Equipe enfermagem:</p> <p>M e V</p> <p>Odontólogo:</p> <p>M e V</p> <p>Nutricionista:</p> <p>V</p>
<p>Endereço:</p> <p>Rua Jorge Lacerda s/n</p>			
<p>Horário:</p> <p>7:00 às 19:00 h</p>			
<p>Fone:</p> <p>33-33-33</p>	<p>Exames:</p> <p>Teste Pezinho</p> <p>Preventivo de Câncer</p> <p>Teste Tuberculínico</p>		<p>Serviços Gerais:</p> <p>M e V</p>
<p>Clientela:</p> <p>Adultos, crianças</p>			
<p>Tipo de Atendimento:</p> <p>Ambulatorial (A)</p>			

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE II

IDENTIFICAÇÃO	SERVIÇOS	AGENDAMENTOS/CONSULTAS	RECURSOS HUMANOS
<p>Nome: CENTRO DE SAÚDE II - LAGOA DA CONCEIÇÃO</p> <p>Entidade Mantenedora: Prefeitura Municipal de Florianópolis</p> <p>Endereço: Rua João Pacheco da Costa</p> <p>Horário: 7:00 às 19:00 h</p> <p>Fone: 32-01-88</p> <p>Clientela: Adultos, crianças</p> <p>Tipo de Atendimento: Ambulatorial (A)</p>	<p>Especialidades: Clínica Geral Ginecologia Pediatría</p> <p>Atendimento Ambulatorial: Consulta Médica Consulta Enfermagem Consulta Odontológica Nebulização Vacinação Administração Medicamentos Retirada de Pontos Curativo</p> <p>Exames: Teste Pezinho Preventivo de Câncer só para coleta</p> <p>Atendimento Domiciliar: Visita Domiciliar realizada pela enfermeira e o médico</p>	<p>Médico: São agendadas todos os dias para as especialidades oferecidas</p> <p>Enfermagem: São agendadas todos os dias</p> <p>Retornos: Só em casos que necessita de um acompanhamento</p>	<p>Equipe médica: M e V</p> <p>Equipe enfermagem: N e V</p> <p>Odontólogo: V</p> <p>Nutricionista: V</p> <p>Serviços Gerais: N e V</p>

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE II

IDENTIFICAÇÃO	SERVIÇOS	AGENDAMENTOS/CONSULTAS	RECURSOS HUMANOS
<p>Nome: CENTRO DE SAÚDE II - SACO DOS LIMÕES</p> <p>Entidade Mantenedora: Prefeitura Municipal de Florianópolis</p> <p>Endereço: Rua João Motta Spezzin 353 anexo ao CSU</p> <p>Horário: 7:00 às 19:00 h</p> <p>Fone: 33-00-16</p> <p>Clientela: Adultos, crianças</p> <p>Tipo de Atendimento: Ambulatorial (A)</p>	<p>Especialidades: Clínica Geral Ginecologia/Obstetrícia Pediatría</p> <p>Atendimento Ambulatorial: Consulta Médica Consulta Enfermagem Consulta Odontológica Nebulização Vacinação Administração Medicamentos Retirada de Pontos Curativo Controle de PA</p> <p>Exames: Teste Pezinho Preventivo de Câncer Fezes Urina Sangue (hemograma, teste de gravidez)</p> <p>Atendimento Domiciliar: Só em caso de investigação epidemiológica</p>	<p>Médico: São agendadas 24 consultas para puericultura, as demais com fi- chas</p> <p>Enfermagem: São agendadas todos os dias per- coleta do exame preventivo</p> <p>Retornos: Agendados para Puericultura e 2a quartas-feiras para entrega de exames ginecológicos</p> <p>* Este CS II fornece a Carteira de Saúde</p>	<p>Equipe médica: M e V</p> <p>Equipe enfermagem: M e V</p> <p>Odontólogo: M e V (no Posto da Igreja)</p> <p>Laboratório: M e V</p> <p>Serviços Gerais: M e V</p>

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE II

IDENTIFICAÇÃO	SERVIÇOS	AGENDAMENTOS/CONSULTAS	RECURSOS HUMANOS
<p>Nome: CENTRO DE SAÚDE II - CENTRO</p>	<p>Especialidades: Clínica Geral Ginecologia/Obstetrícia Pediatría DST - AIDS</p>	<p>Médico: São agendadas no SAME todos os dias para determinada data, no dia é por ordem de chegada</p>	<p>Equipe médica: M e V</p>
<p>Entidade Mantenedora: Prefeitura Municipal de Florianópolis</p>	<p>Atendimento Ambulatorial: Consulta Médica Consulta Enfermagem Imunização Distribuição Medicamentos Planejamento Familiar Programa de Atendimento ao Hipertenso</p>	<p>Enfermagem: São agendadas consultas com horários pertencentes</p> <p>Retornos: Marcado com a enfermeira de uma semana até 10 dias após a consulta</p> <p>Para o médico quando os exames estão prontos</p> <p>Médico clínico geral e ginecologista encaminham para consulta com a enfermeira</p>	<p>Equipe enfermagem: M e V</p>
<p>Endereço: Av Rio Branco em frente ao Entrelaços</p>			<p>Farmacêutico: V</p>
<p>Horário: 7:00 às 19:00 h</p>			<p>Nutricionista: V</p>
<p>Fone: 22-56-91</p>	<p>Exames: Teste Pezinho Preventivo de Câncer só para coleta</p>		<p>Serviços Gerais: M e V</p>
<p>Clientela: Adultos, crianças</p>		<p>*Este CS II fornece a Carteira de Saúde</p>	<p>Assistente Social: M</p>
<p>Tipo de Atendimento: Ambulatorial (A)</p>			<p>Estagiárias de Psicologia: M e V</p>

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE II

IDENTIFICAÇÃO	SERVIÇOS	AGENDAMENTOS/CONSULTAS	RECURSOS HUMANOS
<p>Nome:</p> <p>CENTRO DE SAÚDE II - CARIANOS</p> <p>Entidade Mantenedora:</p> <p>Prefeitura Municipal de Florianópolis</p> <p>Endereço:</p> <p>Rua Geral Ressacada 146</p> <p>Horário:</p> <p>7:00 às 19:00 h</p> <p>Fone:</p> <p>36-11-18</p> <p>Clientela:</p> <p>Adultos, crianças moradores de Carianos e tapera referidos</p> <p>Tipo de Atendimento:</p> <p>Ambulatorial (A)</p>	<p>Especialidades:</p> <p>Clínica Geral</p> <p>Ginecologia</p> <p>Pediatria</p> <p>Atendimento Ambulatorial:</p> <p>Consulta Médica</p> <p>Consulta Odontológica</p> <p>Imunização</p> <p>Distribuição Medicamentos</p> <p>Nebulização</p> <p>Curativo</p> <p>Retirada de Pontos</p> <p>Controle de PA</p> <p>Exames:</p> <p>Teste Pezinho</p> <p>Preventivo de Câncer</p> <p>Teste Tuberculínico</p> <p>Atendimento Domiciliar:</p> <p>Realizado pela enfermeira e equipe de enfermagem clientes impossibilitados de se deslocarem até o CS II</p>	<p>Médico:</p> <p>Só é agendado para ginecologia</p> <p>As outras especialidades há a distribuição de fichas diárias</p> <p>Enfermagem:</p> <p>Não tem agendamento</p> <p>Retornos:</p> <p>Só para odontologia e ginecologia</p>	<p>Equipe médica:</p> <p>M e V</p> <p>Equipe enfermagem:</p> <p>M e V</p> <p>Odontólogo:</p> <p>M e V</p> <p>Nutricionista:</p> <p>V</p> <p>Serviços Gerais:</p> <p>M</p>